

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

قسم: العلوم الاجتماعية

جامعة الحاج لخضر باتنة

شعبة: علم النفس

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية

## أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د فرحاتي العربي

إعداد الطالبة:

بكري نجية

لجنة المناقشة:

علي براجل أستاذ التعليم العالي جامعة باتنة رئيساً  
العربي فرحاتي أستاذ التعليم العالي جامعة باتنة مقررًا  
جابر نصر الدين أستاذ التعليم العالي جامعة بسكرة عضواً  
محمد الصغير شرفي أستاذ التعليم العالي جامعة سطيف عضواً  
زين الدين بوعامر أستاذ محاضر جامعة أم البواقي عضواً

السنة الجامعية: 2011 / 2012

## ملخص الدراسة باللغة العربية

### أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية المراهقين السكريين

تهدف الدراسة الحالية إلى إظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسن تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض أفكار اللاعقلانية واليأس لديهم.

#### الأدوات المستخدمة:

- 1) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ماريا كوفكس 1982 غريب عبد الفتاح 1911.
- 2) قائمة الأعراض كما وضعها رضوان عام 2000.
- 3) اختبار اليأس للأطفال من إعداد سعيد سلامة هندية 2003 .
- 4) مقياس تقدير الذات للأطفال إعداد فاروق عبد الفتاح موسى-محمد أحمد دسوقي 1991.
- 5) مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال إعداد محمد السيد عبد الرحمن 1998.
- 6) استمارة تاريخ الحالة إعداد /الباحثة.
- 7) استمارة المقابلة إكلينيكية إعداد /الباحثة.
- 8) جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين: إعداد /الباحثة.
- 9) برنامج علاجي أعدته الباحثة للخفض من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المتعالجين المستهدفين في هذا البحث.
- 10) إستمارات وجدول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.
- 11) استمارة التقويم الذاتي. (إعداد الباحثة بتصريف من استمارة تقدير الداتي لرضوان)

#### عينة الدراسة:

تتألف من 16 طفل في المرحلة العمرية من 12 إلى 16 سنة وهم من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري (عيادة الضياء) وهم ممن يعانون الاكتئاب وفقا لتشخيص الطبي والنفسي

#### الأساليب الإحصائية:

استعانته الباحثة بالأساليب الإحصائية منها:  
أ- تحليل التباين ب- اختبار معامل كاي<sup>2</sup> للكشف عن الفروق ج- اختبار ويلكوكسون Z د- معامل الارتباط لبيرسون.  
هـ- النسبة المئوية

#### النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- 1- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).
- 3- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم وتقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة.
- 4- هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة (باستمارة التقويم الذاتي) بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.
- 5- توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، واليأس)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).
- 6- توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).
- 7- توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، واليأس)، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي.

## RESUME DE L'ETUDE

### *Impact d'un programma cognitivo-comportementale dans la thérapie de quelques signes psychologiques chez les adolescents diabétique*

L'objectif de l'étude est de démontré le degré de l'impact d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale dans l'amélioration de la dépression chez les adolescents diabétique et aussi l'amélioration de l'image de soi, les skills sociales, et la diminution des idées irrationnels de la désespérance.

#### **Moyens utilisés :**

- 1- La liste arabe de la dépression Maria Kovacs 1982,-interprété par Gharib A.fetah 1911
- 2- La liste des symptômes comme présenté par Redouane en 2000
- 3- Test de la dépression élaboré par Said salama hindia 2003
- 4- Test de la valorisation de soi chez les enfants élaboré par Farouk Abdelfetah moussa et Mohamed Ahmed dessouki 1991
- 5- Test des skills sociales des enfants élaboré par Mohamed siad abderahmane 1998
- 6- Questionnaire de l'historique des cas élaboré par le chercheur
- 7- Questionnaire de l'entretien clinique
- 8- Tableau de l'estimation du nombre d'injection d'insuline et de la dose de l'insuline
- 9- Programme thérapeutique élaboré par le chercheur pour l'amélioration des signes de la dépression chez l'échantillon ciblé
- 10- Questionnaire et tableau spécifique due la thérapie cognitivo-comportementale
- 11- Questionnaire de l'auto-évaluation élaboré par le chercheur

#### **Echantillon de l'étude :**

Elle est composé de 16 adolescents de 12 à 16 ans parmi les diabétiques consultants pour diabète de type 1 a la clinique de diabétologie « diae » et qui souffre de signes dépressifs selon l'évaluation médicale et psychologique.

#### **Analyses statistiques :**

Le chercheurs a utilisé les méthodes ; 1- analyses des variable, 2- test K2 pour évaluer la différence, 3- test de wilcoxon, 4- facteur de corrélation, 5- pourcentage.

#### **Résultats :**

Les résultats de l'étude sont:

- 1- Présence d'un impact statistiquement significatif du programme de la thérapie cognitive dans la diminution du degré de la dépression chez les adolescents diabétiques.
- 2- Présence de différence statistiquement significative entre les moyennes des variables de l'échantillon de l'étude de la liste des symptômes élaboré par Redouane avant la thérapie et après son application, et ceci en faveur de l'après application.
- 3- Absence de différence significative entre les moyennes des variables de l'étude dans l'échantillon expérimentale du programme cognitivo-comportementale du test préliminaire et après traitement dans la diminution du nombre d'injection d'insuline ou de la diminution des doses d'insuline qui est indispensable pour un diabétique de type 1.
- 4- Présence d'une différence dans le degré d'amélioration du degré de la dépression chez l'échantillon de l'étude, après l'application du questionnaire de l'auto-évaluation et après l'application de la thérapeutique et le suivi en faveur de l'après suivis.
- 5- Présence de différence significative entre les moyennes des variables de l'ensemble expérimentale (thérapie cognitive) concernant le test de valorisation de soi, test des skills sociales, test de la désespérance dans l'application du post test.
- 6- Absence de différence significative entre les moyennes des variables de l'ensemble expérimentale (thérapie cognitive) concernant le test de la dépression dans l'application du post test et la moyenne des degrés dans l'application du suivi (après deux mois).
- 7- Absence de différence significative entre les moyennes des variables de l'ensemble expérimentale concernant l'application du test de valorisation de soi, skills sociales, test de la désespérance et leur moyenne de degrés dans l'application du suivi de deux mois.

## فهرس محتويات البحث

الإهداء.....	01
شكر وتقدير.....	01
ملخص البحث.....	أ/ب
فهرس المحتويات.....	ت/ح
فهرس الأشكال.....	خ
فهرس الجداول.....	د/ر
فهرس الملاحق.....	ز/س
المقدمة.....	01

### الباب الأول الدراسة النظرية

#### الفصل الأول: التعريف بالبحث

1-1 إشكالية البحث.....	07
1-2-1 دواعي اختيار الموضوع.....	11
1-3-1 أهداف البحث.....	11
1-4-1 أهمية البحث.....	12
1-5-1 فرضيات البحث.....	12
1-6-1 ضبط مصطلحات الدراسة.....	13
1-7-1 عينة البحث.....	15
1-8-1 منهج البحث.....	15
1-9-1 حدود الدراسة.....	16
1-10-1 الأساليب الإحصائية في البحث.....	16

#### الفصل الثاني: الدراسات السابقة

تمهيد.....	18
1-2-1 الدراسات العربية.....	18
1-2-2 الدراسات الأجنبية.....	26
1-3-2 تعقيب على الدراسات السابقة.....	48
1-4-2 مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.....	52

## الفصل الثالث: الجوانب العضوية لمرض السكر

54	تمهيد.....
54	1-3- مفهوم مرض السكر.....
56	2-3- أعراض السكر.....
57	3-3- التصنيفات المختلفة لمرض السكر.....
63	4-3- مضاعفات مرض السكر.....
67	5-3- مرض السكر في الجزائر.....
78	6-3- مرض السكر والاكنتاب.....

## الفصل الرابع: العلاج المعرفي

93	تمهيد.....
93	1-4- تشخيص الإكتئاب.....
107	2-4- العلاج المعرفي.....
108	3-4- الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي.....
110	4-4- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي.....
113	5-4- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.....
116	6-4- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.....
116	7-4- الأساليب المختلفة للعلاج المعرفي السلوكي.....
131	8-4- أوجه التشابه و الإختلاف بين الأساليب المختلفة في العلاج المعرفي السلوكي.....
132	9-4- الأهداف العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي.....
137	10-4- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.....
152	11-4- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي.....
155	12-4- أساليب علاجية أخرى.....

## الفصل الخامس: تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي

### لخفض من حدة الأعراض الاكتئابية

159	تمهيد.....
160	1-5- أهمية البرنامج.....
161	2-5- أهداف البرنامج.....
163	3-5- خطوات إعداد البرنامج.....
163	1-3-5- الخطوات التمهيدية.....
176	2-3-5- البرنامج بصورته الأولية.....

178	.....التجريب الاستطلاعي التطوري للبرنامج 3-3-5
181	.....الصورة النهائية للبرنامج 4-3-5
213	.....عرض الجلسات العلاجية 4-5

## الباب الثاني: الدراسة الميدانية

### الفصل السادس: إجراءات الدراسة

284	.....تمهيد:
284	.....1-6-التصميم المنهجي للدراسة
285	.....2-6-إجراءات الدراسة
285	.....1-2-6-عينة الدراسة
288	.....2-2-6-الأدوات المستخدمة
315	.....3-6-الدراسة الإستطلاعية
315	.....1-3-6-إجراءات الدراسة الإستطلاعية
315	.....2-3-6-عينة الدراسة الإستطلاعية
315	.....3-3-6-خطوات الدراسة الإستطلاعية
316	.....4-3-6-نتائج الدراسة الإستطلاعية
317	.....4-6-خطوات الدراسة الأساسية

### الفصل السابع: نتائج الدراسة ومناقشتها

321	.....تمهيد:
321	.....1-7-عرض وتحليل نتائج الدراسة
321	.....1-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
322	.....2-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
323	.....3-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
325	.....4-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
327	.....5-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة
328	.....6-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية السادسة
329	.....7-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية السابعة
330	.....8-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة
331	.....9-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة
331	.....10-1-7-عرض نتائج المتعلقة بالفرضية العاشرة
334	.....2-7-مناقشة نتائج الدراسة

334	..... مناقشة نتائج الفرضية الأولى-1-2-7
337	..... مناقشة نتائج الفرضية الثانية-2-2-7
337	..... مناقشة نتائج الفرضية الثالثة-3-2-7
337	..... مناقشة نتائج الفرضية الرابعة-4-2-7
338	..... مناقشة نتائج الفرضية الخامسة-5-2-7
339	..... مناقشة نتائج الفرضية السادسة-6-2-7
339	..... مناقشة نتائج الفرضية السابعة-7-2-7
341	..... مناقشة نتائج الفرضية الثامنة-8-2-7
342	..... مناقشة نتائج الفرضية التاسعة-9-2-7
343	..... مناقشة نتائج الفرضية العاشرة-10-2-7
343	..... التعليق على نتائج الدراسة-3-7
348	..... الخاتمة
349	..... التوصيات
350	..... البحوث المقترحة
352	..... مراجع
366	..... ملاحق البحث

# فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
98	سلسة التقدير الذاتي	1
110	يبين مقارنة بين المدخل السلوكي والتحليلي المعرفي السلوكي	2
167	يبين دورة الاكتئاب	3
184	يبين استخدام التدخلات المعرفية والسلوكية	4
185	يبين أساليب تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها	5
201	يبين تحديد المخططات وتعديلها	6
205	يبين التقنيات السلوكية	7
224	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -1- إقامة العلاقة العلاجية	8
227	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -2- إقامة العلاقة العلاجية	9
232	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -3- مواجهة تدني تقدير الذات	10
235	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -4- مواجهة الملل والعجز	11
238	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -5- تعديل المعتقدات	12
242	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -6- تعلم طرائق تفكير جديدة	13
245	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -7- تعلم طرائق تفكير جديدة	14
247	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -8- تعديل المخططات	15
251	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -9- تعديل المخططات	16
253	يبين سير الجلسة العلاجية رقم -10- مواجهة الشعور بالذنب	17
256	يبين دورة الشعور بالذنب	18
259	يبين سير الجلسة رقم -11- مواجهة الكسل ومشاعر الفشل يبين دائرة الكسل	19
261	يبين دائرة الكسل	20
264	يبين سير الجلسة رقم -12- مواجهة الرغبة بالوصول إلى الكمال	21
270	يبين سير الجلسة رقم -13- مواجهة مشاعر اليأس والميول الانتحارية	22
275	يبين سير الجلسة رقم -14- إعادة تطبيق بعض التقنيات	23
279	يبين سير الجلسة رقم -15- الإنهاء الفعلي الوقاية من الانتكاس	23



# فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
118	يبين أنواع العلاجات المعرفية السلوكية تاريخياً	1
125	يبين التشوهات المعرفية	2
152	يبين أمثلة عن العلاج المعرفي السلوكي لمختلف الاضطرابات النفسية.	3
182	يبين مراحل تطبيق البرنامج	4
190	يبين استخدام تقنية العمود المزدوج (1)	5
190	يبين استخدام تقنية الأعمدة الثلاثة	6
190	يبين استخدام السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا سيامو	7
202	يبين تعديل المخططات من خلال تقنية تفحص الدليل	8
202	يبين تعديل المخططات من خلال تقنية إيجاد البدائل	9
203	يبين تعديل المخططات من خلال تقنية مزايا/مساوى	10
214	يبين هدف الجلسات العلاجية التي أجرتها الباحثة	11
215	يبين كيفية استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية وأسئلتها والهدف منهما	12
221	يبين استخدام التغذية الراجعة للتقنيات المعرفية والسلوكية	13
286	بيان أفراد المجموعات الأطفال المكتئبين من حيث الجنس	14
287	تحليل التباين أحادي الإتجاه لتحديد الأعمار الزمنية	15
288	كا2 لتحديد المستوى التعليمي في المجموعتين لعينة الدراسة	16
290	يبين الدرجة التي تميز بين الأسوء والمكتئبين	17
293	تصنيف شدة الإكتئاب والدرجة المقابلة لها	18
294	يبين الأعراض المقابلة لكل مجموعة من مجموعات قائمة الأعراض	19
299	يبين معاملات الارتباط بين العبارات المنظمة لكل بعد الدرجة الكلية للبعد بطريق بيرسون	20
300	يبين معاملات الارتباط بين العبارات لبعد الاتجاه السالب نحو الحاضر والدرجة الكلية للعدد ن = 50	21
300	معامل الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية لاختبار اليأس للأطفال	22
301	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للأبعاد الفرعية الثلاث والدرجة الكلية للاختبار اليأس للأطفال	23

302	يوضح معاملات الثبات على أبعاد إختبار اليأس للأطفال	24
302	معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية للاختبار اليأس للأطفال وفقا لمعادلة سبيرمان براون	25
303	يوضح ثبات إختبار اليأس وثبات كل بعد من أبعاده باستخدام معامل ثبات ألفا	26
305	معاملات الثبات في حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بتطبيق معادلة كيورد	27
305	معاملات الثبات في حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بطريق التجزئة النصفية	28
306	معاملات الارتباط بين درجات البنين والبنات والعينة المشتركة في إختبار تقدير الذات وإختبار مفهوم الذات	29
310	صدق المقارنة لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار ن22	30
312	الإتساق الداخلي لمقياس المهارات الإجتماعية للصغار	31
313	الإتساق الداخلي ومعامل الثبات بطريقة لكرونباچ لمقياس المهارات الإجتماعية للصغار	32
316	يبين قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية الأولى في القياسين البعدي الأول والثاني في متغير الاكتئاب	33
319	مراحل تطبيق العمل التجريبي	34
321	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في متغير الاكتئاب	35
322	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين البعدي الأول والثاني في الاكتئاب	36
323	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان	37
324	قيمة (ت) الدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على جدول تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين	38
324	يوضح قيمة (ت) الدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية الأولى في القياس البعدي الأول والثاني على جدول تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين	39
325	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة في القياس مابعد المتابعة على جدول تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين	40
325	جدول يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدي على جدول تحديد كمية الأنسولين	41
326	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة الضابطة التجريبية في القياسين البعدي 1، البعدي 2 على جدول تحديد كمية الأنسولين	42

326	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة الضابطة التجريبية في القياسين مابعد المتابعة في جدول تحديد كمية تعاطي الأنسولين	43
327	متوسط النسبة المئوية لتحسين أفراد العينة بعد التطبيق وبعد المتابعة	44
328	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى مجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في تقدير الذات	45
329	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في المهارات الاجتماعية	46
330	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في اليأس	47
331	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في الاكتئاب	48
332	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التربوية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في تقدير الذات	49
332	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في المهارات الاجتماعية	50
333	معامل ويلكوسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في اليأس	51

# فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان ملاحق الدراسة	رقم الملحق
366	مقياس اكتئاب الأطفال/لماريا كوفكس.	01
370	اختبار اليأس للأطفال/إعداد سعيد سلامة هندية	02
372	اختبار تقدير الذات للأطفال/ إعداد محمد أحمد دسوقي	03
374	مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال / إعداد محمد السيد عبد الرحمن	04
378	استمارة المقابلة الإكلينيكية/إعداد الباحثة	05
383	استمارة دراسة الحالة (خاصة بأم الطفل الذي يعاني الاكتئاب).	06
383	جدول يوضح عدد مرات وكمية تعاطي الأنسولين في اليوم	07
389	قائمة الأفكار السلبية	08
390	سجل الأفكار التلقائية	09
391	استمارة التقويم الذاتي	10
392	السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا DRIT (سيامو) أو استمارة ABC أ-ب-ج	11
393	استمارة التحضير لجلسة العلاج	12
393	تقنية العمود المزدوج /1/ أو السهم العمودي	13
394	تقنية العمود المزدوج /2/	14
394	استمارة قائمة التشوهات المعرفية	15
395	استمارة "مثال" تبين العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك	16
396	إجراءات الواجب المنزلي	17
400	استمارة التحقيق من الواجب المنزلي للمعالج	18
401	المراقبة الذاتية لجلوكوز البول	19
402	الرسم الكاريكاتوري	20

403	التدخلات العلاجية لمواجهة بعض التشوهات المعرفية	21
405	جدول الأنشطة	22
407	استمارة المزايا والمساوى	23
407	استمارة ميزات ومساوى شخص مکتب	24
408	استمارة ميزات ومساوى شخص سعيد	25
408	استمارة دليل حل المشكلات	26
409	استمارة استجابات معرفية نموذجية (من قبل المتعالج)	27
410	استمارة النشاط اليومي	28
411	استمارة النشاط الأسبوعي	29
412	استمارة جدول العمل النموذجي	30
412	استمارة جلسة العلاج الذاتي (التعليمات)	31
414	استمارة مشكلات نوعية من الانتكاسات	32
415	استمارة تقرير المتعالج عن الجلسة العلاجية	33
416	استمارة المتابعة	34
417	استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة	35
417	دليل إلى جلسات التعزيز (التعليمات)	36

إن وحدة الجسم والنفس في الإنسان، و تأثرهما ببعضهما تأثيرا بالغا، فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة. فإذا أقر فرد معين بأنه مريض فهناك تغيرات سلوكية لابد وأن تكون قد طرأت عليه، ولأن عالم المرض في العادة عالم صغير يتأثر فيه الفرد بالمرض، وبالظروف المادية المحيطة مثل: الحاجة إلى الراحة وتخفيف الألم، والحاجة للدواء وما إلى ذلك، وإذا كان المرض مزمنا ومؤديا إلى عجز دائم فإن التوافق معه قد يكون صعبا، فالالاكتئاب مثلاً أمر شائع عندما يفقد المرء عضوا من أعضاء الجسم، وأي مرض يؤدي بالفرد إلى الفرد فقدان عضو من أعضائه، أو وظيفة من وظائفه لابد وأن يؤدي بالفرد إلى تشويه الصورة الموجودة لدى الفرد عن جسمه، وتتعدى هذه الخبرة فكرة المرء عن جسمه إلى فكرته عن نفسه ككائن اجتماعي عليه أن يتنازل عن كثير من أوجه نشاطه." (سعد جلال، 1980 : 296)

والأمر لا يختلف كثيرا بالنسبة لمرض السكر Diabètes فالمرض معروف منذ القدم وقد ظهر مصطلح البول المعسل Honeyed urine في الأدبيات الهندية القديمة. ونلاحظ أن أول اهتمام إكلينيكي واضح بمرض السكر ظهر في كتابات أريا تيوس Aretaeus عام 170 ق.م الذي وصف هذا المرض الغامض بأنه إذابة للجسد والأطراف وتحولها إلى بول.....حياة قصيرة مؤلمة ومثيرة للألم، وعطش شديد، موت محقق، وحتى اليوم مازلنا غير قادرين على تحدى مقولته بأن مرض السكر مرض غامض، وفي الشرق الإسلامي تعرض له الرازي وابن سينا ووصفاه خير وصف، وأوضحا أن أكثر مضاعفاته هو حدوث الغر غرينا. (دائرة المعارف الطبية، 1995:10)

والمرض عبارة عن اضطرب في إفراز البنكرياس وبالتالي اختلال كفاءة السكر بالدم، ومصطلح (مرض السكر) يطلق على نوعين من الاضطرابات لهما نفس الأعراض هما:

Diabètes Mellitus Type وهو الأكثر شيوعا حيث لا يستطيع الجسم استعمال السكر الموجود بالدم ومرض السكر من النمط الثاني IType أو ما يسمى بمرض السكر المعتمد على الأنسولين Insuline dépendent diabètes Mellitus (IDDM) فعلى سبيل المثال أوضحت دراسات (لسمتان و آخرون 1988، Lustman, et al)، (وليدوم بروس 1991 Leedom, Procci)، (جارفا رد وآخرون 1993 Gavard et al)، (كينيث وآخرون Kenneth et al 1993)، (روي، روي Roy&Roy 1994)

أن المرض يكون سبباً للإصابة بالاكتئاب، والمرض أيضاً يكون سبباً للإصابة بالقلق (ماجدة خميس 1992) والهستريا (جبالي نور الدين 1979) والإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية في جملة أعراض (برند 1993) وعدم التوافق النفسي الاجتماعي (لارون وآخرون Kvam, Laron et al ، هانسون 1993 Hanson ، ضيائي حسين 1987، فتحي عبد الرحيم 1990).

وفي محاولات عديدة لمعرفة تأثير علاج الجوانب النفسية لدى مرضى السكر على التحكم في نسبة السكر قام بعض الباحثين باستخدام مضادات الاكتئاب Antidepressant في تحسين الجوانب النفسية لدى هذه الفئة، ولكنهم وجدوا أن هذه المضادات تعارض مفعول الأنسولين (اسكالير 1995:28) والسؤال المطروح الآن هو: هل يمكن تعديل بعض الجوانب النفسية عند هؤلاء المرضى بدون الأدوية والعقاقير؟ بمعنى آخر: هل يمكن تعديل بعض الجوانب النفسية لدى المراهقين من مرضى السكر باستخدام برامج العلاج النفسي؟.

وفي سبيل البحث عن إجابة لهذا السؤال وجدت الباحثة دراسات عديدة استخدمت أساليب تدخل سيكولوجي لتعديل الجوانب النفسية عند مرضى السكر مثل أسلوب التدريب على الاسترخاء (ريتشارد، 1982، Richard)، (وجون سيتوارت، Jhon Stuart، جيمس، 1993، James) والتدريب على الاسترخاء مع مهارات التدريب المعرفي (رونالد، جانيش 1982، Ronald) jamesh، والإرشاد النفسي لمرض السكر (دونالد 1983، Donald) والتدريب على المهارات الاجتماعية (جروس وآخرون 1983، Gross et al) والتحكم في الذات (كارين، Karen، 1983) وإعادة البناء المعرفي، و التدريب على الاسترخاء (ديلميتير، 1993، Delmater) والتدريب على الوعي بتقلبات مستوى جلوكوز الدم (كوكس وآخرون، 1995، Cox et al) ولم تجد الباحثة (في حدود علمها) دراسات علاجية استخدمت برامج العلاج المعرفي السلوكي، في البيئة الجزائرية وخاصة لدى المراهقين مرضى السكري، هذا ما دفع الباحثة إلى البحث في هذا الموضوع ونظراً لأهمية الموضوع وسعيًا لتحقيق بعض الأهداف ومن أجل الإحاطة بقدر الإمكان بمختلف جوانب هذا الموضوع، الذي تمت دراسته في جانبين جانب نظري وجانب آخر ميداني، يتناول الجانب النظري الفصول التالية:

**الفصل الأول:** تناولت فيه إشكالية البحث والتي تتضمن العناصر التالية: إشكالية البحث دواعي اختيار الموضوع، أهداف البحث، أهمية البحث، فرضيات البحث، ضبط مصطلحات البحث، عينة البحث، منهج البحث، حدود البحث، الأساليب الإحصائية المستخدمة.

**الفصل الثاني:** ويتضمن استعراض للدراسات السابقة منها الدراسات العربية، بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب، بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة بالاكتئاب، بحوث ودراسات تتعلق بعلاقة المرض العضوي بالاكتئاب، ودراسات الأجنبية منها بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب، بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة بالاكتئاب، بحوث ودراسات تتعلق بعلاقة المرض العضوي بالاكتئاب، مع تعقيب على الدراسات السابقة، وإبراز مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

**أما الفصل الثالث** ويتضمن: السكري كمرض عضوي لدى الطفل المراهق، وتناولت فيه: مفهوم مرض السكر، أعراض السكر، التصنيفات المختلفة لمرض السكر، مضاعفات مرض السكر، مرض السكر في الجزائر، مرض السكر والاكتئاب.

**وفيما يتعلق بالفصل الرابع:** فقد تناولت فيه الاكتئاب وعلاجه، تشخيص الاكتئاب، العلاج المعرفي السلوكي، الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي-السلوكي، مفهوم العلاج المعرفي-السلوكي، مبادئ العلاج المعرفي- السلوكي، أهداف العلاج المعرفي-السلوكي، الأساليب المختلفة للعلاج المعرفي-السلوكي، أوجه التشابه والاختلاف بين الأساليب المختلفة في العلاج المعرفي-السلوكي، الأهداف العلاجية، تقنيات العلاج المعرفي-السلوكي، فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي، أساليب علاجية أخرى.

**أما الفصل الخامس :** فقد تناولت فيه أهمية البرنامج، أهداف البرنامج، خطوات إعداد البرنامج، الخطوات التمهيديّة، الأساس النظري المعتمد في تصميم البرنامج، النموذج المعرفي- السلوكي للاكتئاب، خطوات العلاج المعرفي - السلوكي، أهمية العلاقة العلاجية، التنقيف النفسي، خصائص الفئة المستهدفة في البرنامج، تحديد المضمون النظري للبرنامج، تحديد التقنيات المستخدمة في البرنامج، البرنامج بصورته الأولية، تحديد الأهداف العلاجية التي يسعى إليها البرنامج، تحديد الفئة المستهدفة في البرنامج، تحديد الوقت اللازم لإنجاز البرنامج، تحديد



الأدوات والتقنيات المستخدمة في البرنامج، تحديد إجراءات كل جلسة علاجية، مثال عن إحدى الجلسات العلاجية بصورة أولية، التجريب الاستطلاعي التطويري للبرنامج، أهداف التجريب التطويري للبرنامج، عرض البرنامج بصورته الأولية على المحكمين ونتائجه، التطبيق التجريبي الاستطلاعي، الصورة النهائية للبرنامج، عرض للجلسات العلاجية.

وفيما يتعلق بالجانب الميداني يتضمن الفصول الآتية:

**الفصل السادس:** يضم التصميم المنهجي للدراسة، إجراءات الدراسة، عينة الدراسة، لأدوات المستخدمة، الدراسة الاستطلاعية، إجراءات الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة الاستطلاعية، خطوات الدراسة الاستطلاعية، نتائج الدراسة الاستطلاعية، خطوات الدراسة الأساسية.

**أما الفصل السابع:** تم فيه عرض لنتائج البحث وتحليلها ومناقشتها والتعليق عليها ومجموعة من التوصيات والمقترحات على ضوء نتائج المتوصل إليه وقد اعتمدت الباحثة على مجموعة من المراجع ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة لموضوع البحث.

ونظرا لقلة البحوث في بلادنا في حدود علم الباحثة والتي تعنى بفئة المراهقين مرضى السكري، والعلاج المعرفي تأمل الباحثة أن تكون دراستها هذه منطلقا للبحوث الأخرى من أجل المساهمة في تطوير برامج العلاج المعرفي السلوكي.

## 1-1- إشكالية الدراسة:

تفيد الدراسات الأكاديمية أن مرض السكري عندما يصيب صغار السن وخاصة المراهقين، قد يكون له ردود فعل نفسية مثل الاكتئاب، القلق، ضعف القدرة على تأكيد الذات، وزيادة الضغوط النفسية، وعدم التوافق النفسي الاجتماعي كما جاء في دراسات (لستمان وآخرون، 1988، Lustman et al)، (ليدوم، بروس 1991، Leedom, Procci)، (جار فارد وآخرون، 1993، Gravard et al)، (روى، روى، روى، 1994، Roy&Roy)، (جبالي نور الدين، 1979)، (ماجدة خميس، 1992). وردود الفعل السلبية تلك تؤدي في معظم الأحيان إلى عدم القدرة على التحكم في المرض، وزيادة مضاعفاته العضوية وقد تزداد تأثيراتها السلبية، إذا لم يتم تعلم استراتيجيات معينة لمواجهتها وتعديلها، خاصة أن مواجهة هذه المشكلات بأساليب كيميائية يؤدي إلى مشكلات في التحكم في نسبة السكر باستخدام الأنسولين (أسكاليير، 1995:28). وأن عدم علاجها يؤدي إلى زيادة التأثير السلبي للمرض، وزيادة مضاعفاته الجسمية والنفسية.

وهكذا فإن تحديد الأساليب، أو الفنيات العلاجية التي تمكننا من مواجهة هذه المضاعفات النفسية السلبية للمرض، وكذا تحديد أكثر الأساليب فاعلية أو الجمع بين أكثر من فنية علاجية، هي المشكلة أو المشكلات التي تواجهنا على المستوى المعرفي والفني، وتستدعي الدراسة العلمية الأكاديمية، في نطاق منظومتنا البيئية والثقافية المحلية، لاسيما وأن معظم الدراسات التي أجريت بخصوص تطوير نماذج علاجية للأمراض المزمنة، هي دراسات أجنبية لا تتساقط والمنظومة الثقافية الجزائرية، من حيث هي منظومة ذات ارتباط شديد بسلوك مريض السكري خاصة، وما ندر من الدراسات العربية المنشورة حول أساليب العلاج النفسي في تخفيف الاكتئاب لدى المراهقين من مرضى السكري، منها دراسة (سامر رضوان) الذي وجد أن نسبة انتشار الاكتئاب توجد لدى التلاميذ السوريين بين 13 إلى 16 سنة عن طريق قائمة أعراض سوف تكون منارة لنا في دراستنا هذه التي نحاول فيها أن نلامس البعد الواقعي الثقافي المحلي المرتبط بالمشكلة، ونؤسس عليه إستراتيجية أو نموذج علاجي واقعي يتساقط أكثر مع البيئة الجزائرية المحلية .

ومن ثمة يمكن تأسيس هذه الدراسة على مبررات تتعلق بقصور الدراسات السابقة (العربية منها والأجنبية) في استيعاب مضاعفات المرض كوضعية فردية خاصة، وعجز استيعابها في خصوصياتها الثقافية، لاسيما تلك المرتبطة بالبنية النفسية والنظام الغذائي والعلاقات الاجتماعية وشكل الاستجابات... الخ .

وما تباين في هذه الدراسات في ما استخدمته من وسائل ومن أساليب علاجية وتباينها تبعاً لذلك في ما توصلت إليه من نتائج، إلا دليل على أثر البيئة الثقافية في تصميم البحث ووسائله وبالتالي في نتائجه . ومن ذلك التباين ما نجده ماثلاً في أن بعض الدراسات توخت أسلوباً واحداً للعلاج وحققت نتائج محدودة كدراسة ريتشارد **Richard 1993**، ودراسة جون ستيوارت **John Stuart 1986**، ودراسة جيمس، **James 1993** . وفي جانب آخر استخدمت بعض الدراسات فنيات علاجية متعددة في برامج انتقائية وحققت نتائج علاجية فعالة.

وبالإضافة إلى هذه المبررات الثقافية والمنهجية لتأسيس هذه الدراسة، يمكن أن ندرج التناقض في نتائج الدراسات من حيث تأثيراتها النفسية والجسمية، كمبررات أخرى لهذه الدراسة، حيث وجد أن أسلوب الاسترخاء في بعض الدراسات لم يحقق نجاحاً أكثر من ذلك الذي يحققه العلاج الطبي التقليدي كما في دراسة (ريتشارد **Richard 1983**)، (جون ستيوارت **Jhon Stuart 1986**) ، على عكس دراسة (جيمس **James 1993**) حيث حقق هذا الأسلوب فوائد علاجية محددة، أما تباين النتائج في أساليب العلاج المعرفي فبعض الدراسات مثل دراسة (رونالد وجانيس **Ronald of (Janesh 1982)** لم تلق نجاحاً في علاج الجوانب العضوية، في حين وجد (كوكس وآخرون **Cox et al 1995**) نتائج إيجابية في الجانب العضوي، تمثلت في زيادة التوقع بتقلبات جلوكوز الدم، ومع التطور الكبير في مجال فهم المرض والاضطرابات، تحسنت الأساليب العلاجية في التجربة الغربية وتطورت طرائق العلاج النفسي القائمة على المبادئ الامبيريقية وخاصة في العشرين سنة الأخيرة من القرن العشرين (عن غراوه، وآخرين، 1999: 140).

إلا أن البلدان العربية وبشكل خاص الجزائر لم تشهد من آثار هذا التغيير إلا النذر اليسير، فالعلاج الغالب هو علاج دوائي تكون فوائده محدودة، لأن الدواء جزء من العلاج وليس كل العلاج (الحجار، 1993: 12). وربما يرجع ذلك إلى نقص المتخصصين النفسيين، ونقص التأهيل والتدريب في العلاج النفسي العام، واعتراف شبه غائب بأهمية العلاج النفسي القائم على أسس علم النفس، مع العلم أن المعالجين النفسيين المتخصصين في علم النفس، درسوا بشكل أساسي استخدام العلاج النفسي استخداماً عملياً للأغراض الشفائية ويمارسونه في غالبيتهم، ويقومون في المتوسط بعلاجات فاعلية. (غراوه، وآخرين، 1999: 34)

وإذا كانت تلك هي المبررات المنهجية والثقافية التي تأسس عليها هذا البحث، فإن التأثيرات التي تظهر في حياة متعالي الاكتئاب النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية إلى درجة تعيقهم عن أداء عملهم وواجباتهم. هو ما زاد الباحثة إصراراً على استشعار المشكلة في بعدها المعرفي ووضعها موضع المقاربة النفس اجتماعية حيث تمكننا من رصدها كوضعية

بنائية تكوينية لاسيما وأن دراسات أكدت «ارتباط الاكتئاب في أية درجة من درجاته بمشاكل صحية أخرى كالضعف في الوظائف الجسدية والاجتماعية أيضاً والضعف الذي يسببه جهاز المناعة الجسدي». (عن إبراهيم، 1998: 34) . (مايو، 2002: 24)

فكل المسوغات السابقة دعت الباحثة إلى تصميم برنامج علاجي يسعى إلى علاج حدة الأعراض الاكتئابية، في نطاق ما يعرف بالعلاج ( المعرفي السلوكي ) وهو علاج طوره علماء النفس العلاجي بوصفه أحد أهم العلاجات النفسية الحديثة للاكتئاب، والذي يتطلب تدريب المتعالجين على تقنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية حاضرة أو مستقبلية.

ويقوم العلاج المعرفي - السلوكي على «إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أساس أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك ومن ثم فإن التغييرات المعرفية سترتب عليها تغير في سلوك المتعالج, (Clark&Fairburn, 1999,p89)، ومن رواد هذا الاتجاه آرون بيك Beck الذي يعرف العلاج النفسي بأنه طريقة بنائية ومحددة الزمن ذات تأثير توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية». (Dattilio&Freeman, 2000, p8)

ويعدّ العلاج المعرفي - السلوكي واحداً من الطرائق العلاجية النفسية التي تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي، وهي «ادراكات لأهمية الأحداث أو ادراكات تقييم لهذه الأحداث أو كلاهما معاً فيما يتعلق بأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الشخص، أو بالنسبة لأفكاره، أو تصوراته، أو اعتقاداته عن نفسه ومحيطه». (رضوان، 1995: 57) إنها العمليات المعرفية التي تتضمن الطريقة التي يفسر فيها الأشياء من حوله، أي ما يقوله لنفسه عن شيء ما أو شخص ما، وهي تختلف من شخص لآخر، كما تؤثر في حياته اليومي.

(Burns, 1991, p12)

وفي ضوء ما أشرنا إليه من نقص في إستيعاب الدراسات السابقة للوضعيات الثقافية الممرضة أو المساعدة على تخفيف المرض والحد من مضاعفاته أو تعقيده، وشعورا منا بوجاهة المشكلة المرضية في بعدها المحلي، وضرورة لناء إستراتيجيات علاجية متساوقة مع الحالات المرضية في ضوء خصوصياتها المحلية الثقافية، جعلنا نحدد المشكلة في بناء برنامج علاجي ( معرفي سلوكي ) وتجريبه على عينة وفق قائمة الأعراض الإكتئابية لمرضى السكري والوقوف على فعاليته في التخفيف من حدة الأمراض النفسية لدى الأطفال المراهقين مرضى السكري حيث صغنا لضبط مشكلة البحث، تساؤلات إجرائية كالتالي:

- 1- هل يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي)؟
- 3- هل يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة؟
- 4- هل يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة؟
- 5- هل هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة (باستمارة التقييم الذاتي) بعد تطبيق العلاج وبعده المتابعة لصالح ما بعد المتابعة؟
- 6- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)؟
- 7- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)؟
- 8- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس للأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)؟
- 9- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج)؟
- 10- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي؟

**1-2- دواعي اختيار الموضوع:** من خلال مبررات البحث التي ثبتناها في متن المشكلة يمكن استخلاص دواعي هذا البحث في التالي:

1. حداثة الموضوع من الوجهة المعرفية مما يعطي مبررا قويا للبحث.
2. في حدوث علم الباحثة أن أغلب الدراسات في الوطن العربي في هذا المجال (العلاج المعرفي) إن لم تكن كلها لم تخصص فئة المراهقين السكريين.
3. المساهمة بالبحث والتقصي عن الموضوع الذي يشغل اليوم ساحة البحث العلمي للبرامج المعرفية من طرف تخصصات عدة، كونه يشغل أحر القضايا المبهمة التي لا تزال بعد الآن يعترها الغموض.
4. كونها تشكل مركز تلتقي فيها اهتمامات علم النفس العيادي وعلم النفس المعرفي وأنه من المواضيع المعقدة التي لها من الزوايا ما يسمح للعديد من المجالات والفروع بالمساهمة بالبحث فيه.
5. ندرة الدراسات والتجارب القائمة على المقاربة المعرفية السلوكية المتخصصة في هذه الأمراض في الوضع الجزائري .
6. وضع المشكلة في نطاق الخصوصية الثقافية والدراسة الأمبيريقية الموضوعية .

**1-3- أهداف البحث:** تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- 1- تعليم مرضى السكر من المراهقين بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية للمرض، واختبار مدى فاعلية هذه الاستراتيجيات في التحكم في الجوانب العضوية للمرض، ورؤية هل لتعلم هذه الاستراتيجيات فائدة في التحكم في الجوانب العضوية للمرض.
  - 2- تطبيق أسلوب من أساليب العلاج النفسي هو: العلاج المعرفي السلوكي، ثم دمج فاعلية هذا الأسلوب في تعديل بعض الجوانب النفسية (الاكتئاب)، بهدف التحقق من مدى فاعلية هذا البرامج.
  - 3- السعي لتحسين حالة أفراد عينة البحث اللذين يعانون اضطراب الإكتئاب خاصة إذا ما حصلوا على علاج مبكر من خلال تقديم الخدمات النفسية لهم تقديماً مناسباً.
  - 4- إكساب أفراد العينة المكتئبين مهارات وأساليب في الفهم والتفسير تجعلهم قادرين على مواجهة ضغوط الحياة على نحو أكثر إيجابية.
- 1-4 أهمية البحث:**

1- التدخل باستخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي، في تعديل بعض الجوانب النفسية لدى عينة من المراهقين من مرضى السكر.

2- تناول الدراسة علاج الاكتئاب من حيث هو أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً عند مرضى السكري والمصنف عالمياً ضمن اضطرابات المزاج.

3- تنبيه العاملين في مجال الطب النفسي إلى أهمية العلاج النفسي بشكل مستقل.

4- تقديم خدمات ومساعدات عالمية يمكن أن تسهم في إنقاص المعاناة وخفض حدة أعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث وتعديل طرق تفكيرهم وبنيتهم المعرفية.

6- يعد محاولة في دراسة فاعلية هذا الشكل من العلاج في الجزائر وذلك من خلال البرنامج المعد من طرف الباحثة.

### 1-5- فرضيات البحث:

تأسيساً على تباين الدراسات السابقة في المنهج والأساليب العلاجية وفي النتائج .

وتأسيساً على أدبيات العلاج النفسي السلوكي في بناء إستراتيجيات علاج الإكتئاب لدى مرضى السكري من الأطفال المراهقين.

وبناء على أدبيات البحث الوصفي الأمبيريق في صياغة الفروض الإحصائية .

يمكن صياغة فروض إجرائية تمكنا من بلورة برنامج علاجي في خطة إجرائية كحل يمكن اختباره ووضع موضع الفحص المنهجي وهي كالتالي :

الفرضية الأولى: يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة المراهقين مرضى السكري.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان بعد تطبيق العلاج (القياس القبلي ) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).

الفرضية الثالثة: لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة.

الفرضية الرابعة: لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة.

الفرضية الخامسة: هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة باستمرار التقييم الذاتي بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

الفرضية السادسة: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

الفرضية السابعة: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

الفرضية الثامنة: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس للأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي.

## 1-6- ضبط مصطلحات الدراسة:

يتبين من عنوان البحث وتجليات المشكلة، وما أصيغ لها من فروض، أننا أمام شبكة من المتغيرات ذات الارتباط المباشر بالموضوع ( كمرض السكري، والاكتئاب، والعلاج المعرفي السلوكي، وبناء البرنامج، والأطفال المراهقين، والوضع المحلي الثقافي... الخ فكل هذه مصطلحات ومفاهيم ظهرت في المشكلة كما لو أنها عناصر في بنائها وتعمل كمتغيرات في البحث وهو ما يستدعي منهجياً ضبط معانيها داخل المشكلة بشكل دقيق.

## 1- مرض السكر Diabète:

### أ- التعريف الطبي:

مرض السكر هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي *Métabolique disorder* يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم والمسئول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع، أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، وعلى اعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر،



والكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول. (هالة رمضان على 12:1997).

### ب- التعريف السيكولوجي:

يعتبر مرض السكر أحد الاضطرابات الجسدية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد، وهذا التعريف وفقا لما ورد بالدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III-R , 1987) (المرجع السابق:12).

### 2- الاكتئاب Dépression:

يغطي المصطلح مدى واسعا من الظواهر تمتد من الحزن عبر الأسى والأعراض الاكتئابية إلى الأشكال العنيفة شديدة الوطأة، والاكتئاب في اللغة العربية من مادة "كنب" وكآبة: تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئيب فلاناً، أحزنه واكتأب وجه الأرض، تغير وضرب إلى السواد.

ويعرفه (كولز 1992) بأنه خبرة وجدانية أعراضها الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد، وعدم البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية ومشاعر الذنب، واحتقار الذات وبطئ الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد. (كولز، 1992: 217).

ويعرفه "Beck" بأن حالة تتضمن تغيرا محددًا في المزاج، وذلك مثل الشعور بالحزن، والوحدة، واللامبالاة بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصحوب بتوبيخ للذات، وتحقيرها ولومها، ورغبات في عقاب الذات الرغبة في الهروب، والاختفاء والموت. (غريب عبد الفتاح، 1985:6).

### العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-behaviourtherapy :

هو أحد التيارات العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي (أحمد متولي، 1993: 15) ويرى كل من بيلاك وهرسن، همبرج في (أحمد أحمد متولي، 1993) أن العلاج المعرفي السلوكي له أساليب متعددة من أهمها التحكم الذاتي Self-control، وفنيات عديدة من إعادة البناء المعرفي مثل العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي وأخيرا التعبير عن الذات بطريقة لفظية. (المرجع السابق: 15، 16).

وسوف تقوم الباحثة في هذه الدراسة باستخدام مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية مثل: تسجيل الأفكار المشوهة Thought –caching والعلاج البديل alternative therapy

والتدريب على إعادة العزو Re-attributiontraning وجداول الأنشطة السارة  
activetyschduling، والتدريب المعرفي Rechrarsal Cognitive .

**1-7- عينة البحث:** عينة عرضية تكونت من المجموعة من المتعالجين الذين يعانون من مرض السكري ويترددون على عيادات خاصة وذلك بالتنسيق مع طبيب العيادة والعينة العرضية هي عينة عشوائية ومستقلة تسحب من فئة مناسبة ومتوافرة. (حمصي، 1991: 119)

**1-8- منهج البحث:** استلزمت طبيعة البحث وأهدافه العلاجية استخدام المنهج الإكلينيكي التجريبي حيث أستفيد من تكامل كل منهما مع الآخر في دراسة الاكتئاب فالمنهج الإكلينيكي هو معني بالبحث عن معنى هذا الموقف وأساسه ومنشئه وإظهار الصراع الذي أدى إليه والإجراءات التي تهدف إلى حل هذا الصراع أي معني بشكل أساسي بدراسة الحالات الفردية دراسة عميقة والتي تشكل كل حال منها شخصا بأكمله يقصد فهمه ومن ثم علاجه (سعد، 1994: 59).

وقد استخدم في تنفيذ هذا البحث مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي ويمثل هذا المخطط كما يلي:

- قياس قبلي - معالجة - قياس بعدي

ويحكم على تأثير معالجة بموجب التغير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة. (حمصي 1991: 159).

**1-9- حدود الدراسة:**

تم إنجاز هذا البحث ضمن مجموعة حدود تمثلت فيما يلي:

1- الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة من الأفراد الذين تم تشخيصهم سريريا وفقا مقياس بيك الاكتئاب لدى المراهقين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين Insuline Type I تتراوح أعمارهم بين 12-16 عاما وتتحدد الدراسة أيضا بالإطار النظري والبرامج المستخدمة فيها.

2- الحدود المكانية: تتمثل في عيادة خاصة بمرض السكر بمدينة جيجل.

3- الحدود الزمنية وتتمثل في 2007/06/6 إلى 2011/04/6

**10-1- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:** تم استخدام مجموعة من الاختبارات الإحصائية للحصول على نتائج البحث وهذه الاختبارات موجودة في الحزمة الإحصائية SPSS الإصدار 10,1 ومن هذه الاختبارات:

- اختبار ولكوكسون wilcoxon يستخدم بوصفه بديلاً لاختبار ستودنت (ت) وخاصة اختبار قبلي وبعدي على العينة ذاتها.
- معامل الارتباط لبيرسون.
- تحليل التباين.
- معامل كأ2 وقد تمت معالجة نتائج هذا البحث بواسطة الحاسوب.

الباب الأول

الدراسة النظرية

# المفصل الأول

## 1- التعريف بالبحث

### مقدمة

- 1-1- إشكالية البحث
- 1-2- دواعي اختيار الموضوع
- 1-3- أهداف البحث
- 1-4- أهمية البحث
- 1-5- فرضيات البحث
- 1-6- ضبط مصطلحات البحث
- 1-7- عينة البحث
- 1-8- منهج البحث
- 1-9- حدود البحث
- 1-10- الأساليب الإحصائية المستخدمة

## 1-1- إشكالية الدراسة:

تفيد الدراسات الأكاديمية أن مرض السكري عندما يصيب صغار السن وخاصة المراهقين، قد يكون له ردود فعل نفسية مثل الاكتئاب، القلق، ضعف القدرة على تأكيد الذات، وزيادة الضغوط النفسية، وعدم التوافق النفسي الاجتماعي كما جاء في دراسات (لستمان وآخرون، 1988، Lustman et al)، (ليدوم، بروس 1991، Leedom, Procci)، (جار فارد وآخرون، 1993، Gravard et al)، (روى، روى، روى، 1994، Roy&Roy)، (جبالي نور الدين، 1979)، (ماجدة خميس، 1992). وردود الفعل السلبية تلك تؤدي في معظم الأحيان إلى عدم القدرة على التحكم في المرض، وزيادة مضاعفاته العضوية وقد تزداد تأثيراتها السلبية، إذا لم يتم تعلم استراتيجيات معينة لمواجهتها وتعديلها، خاصة أن مواجهة هذه المشكلات بأساليب كيميائية يؤدي إلى مشكلات في التحكم في نسبة السكر باستخدام الأنسولين (أسكاليير، 1995:28). وأن عدم علاجها يؤدي إلى زيادة التأثير السلبي للمرض، وزيادة مضاعفاته الجسمية والنفسية.

وهكذا فإن تحديد الأساليب، أو الفنيات العلاجية التي تمكننا من مواجهة هذه المضاعفات النفسية السلبية للمرض، وكذا تحديد أكثر الأساليب فاعلية أو الجمع بين أكثر من فنية علاجية، هي المشكلة أو المشكلات التي تواجهنا على المستوى المعرفي والفني، وتستدعي الدراسة العلمية الأكاديمية، في نطاق منظومتنا البيئية والثقافية المحلية، لاسيما وأن معظم الدراسات التي أجريت بخصوص تطوير نماذج علاجية للأمراض المزمنة، هي دراسات أجنبية لا تتساقط والمنظومة الثقافية الجزائرية، من حيث هي منظومة ذات ارتباط شديد بسلوك مريض السكري خاصة، وما ندر من الدراسات العربية المنشورة حول أساليب العلاج النفسي في تخفيف الاكتئاب لدى المراهقين من مرضى السكري، منها دراسة (سامر رضوان) الذي وجد أن نسبة انتشار الاكتئاب توجد لدى التلاميذ السوريين بين 13 إلى 16 سنة عن طريق قائمة أعراض سوف تكون منارة لنا في دراستنا هذه التي نحاول فيها أن نلامس البعد الواقعي الثقافي المحلي المرتبط بالمشكلة، ونؤسس عليه إستراتيجية أو نموذج علاجي واقعي يتساقط أكثر مع البيئة الجزائرية المحلية .

ومن ثمة يمكن تأسيس هذه الدراسة على مبررات تتعلق بقصور الدراسات السابقة (العربية منها والأجنبية) في استيعاب مضاعفات المرض كوضعية فردية خاصة، وعجز استيعابها في خصوصياتها الثقافية، لاسيما تلك المرتبطة بالبنية النفسية والنظام الغذائي والعلاقات الاجتماعية وشكل الاستجابات ... الخ .

وما تباين في هذه الدراسات في ما استخدمته من وسائل ومن أساليب علاجية وتباينها تبعاً لذلك في ما توصلت إليه من نتائج، إلا دليل على أثر البيئة الثقافية في تصميم البحث ووسائله وبالتالي في نتائجه . ومن ذلك التباين ما نجده ماثلاً في أن بعض الدراسات توخت أسلوباً واحداً للعلاج وحققت نتائج محدودة كدراسة ريتشارد **Richard 1993**، ودراسة جون ستيوارت **John Stuart 1986**، ودراسة جيمس، **James 1993** . وفي جانب آخر استخدمت بعض الدراسات فنيات علاجية متعددة في برامج انتقائية وحققت نتائج علاجية فعالة.

وبالإضافة إلى هذه المبررات الثقافية والمنهجية لتأسيس هذه الدراسة، يمكن أن ندرج التناقض في نتائج الدراسات من حيث تأثيراتها النفسية والجسمية، كمبررات أخرى لهذه الدراسة، حيث وجد أن أسلوب الاسترخاء في بعض الدراسات لم يحقق نجاحاً أكثر من ذلك الذي يحققه العلاج الطبي التقليدي كما في دراسة (ريتشارد **Richard 1983**)، (جون ستيوارت **Jhon Stuart 1986**) ، على عكس دراسة (جيمس **James 1993**) حيث حقق هذا الأسلوب فوائد علاجية محددة، أما تباين النتائج في أساليب العلاج المعرفي فبعض الدراسات مثل دراسة (رونالد وجانيش **Ronald of (Janesh 1982)** لم تلق نجاحاً في علاج الجوانب العضوية، في حين وجد (كوكس وآخرون **Cox et al 1995**) نتائج إيجابية في الجانب العضوي، تمثلت في زيادة التوقع بتقلبات جلوكوز الدم، ومع التطور الكبير في مجال فهم المرض والاضطرابات، تحسنت الأساليب العلاجية في التجربة الغربية وتطورت طرائق العلاج النفسي القائمة على المبادئ الامبيريقية وخاصة في العشرين سنة الأخيرة من القرن العشرين (عن غراوه، وآخرين، 1999: 140).

إلا أن البلدان العربية وبشكل خاص الجزائر لم تشهد من آثار هذا التغيير إلا النذر اليسير، فالعلاج الغالب هو علاج دوائي تكون فوائده محدودة، لأن الدواء جزء من العلاج وليس كل العلاج (الحجار، 1993: 12). وربما يرجع ذلك إلى نقص المتخصصين النفسيين، ونقص التأهيل والتدريب في العلاج النفسي العام، واعتراف شبه غائب بأهمية العلاج النفسي القائم على أسس علم النفس، مع العلم أن المعالجين النفسيين المتخصصين في علم النفس، درسوا بشكل أساسي استخدام العلاج النفسي استخداماً عملياً للأغراض الشفائية ويمارسونه في غالبيتهم، ويقومون في المتوسط بعلاجات فاعلية. (غراوه، وآخرين، 1999: 34)

وإذا كانت تلك هي المبررات المنهجية والثقافية التي تأسس عليها هذا البحث، فإن التأثيرات التي تظهر في حياة متعالي الاكتئاب النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية إلى درجة تعيقهم عن أداء عملهم وواجباتهم. هو ما زاد الباحثة إصراراً على استشعار المشكلة في بعدها المعرفي ووضعها موضع المقاربة النفس اجتماعية حيث تمكننا من رصدها كوضعية

بنائية تكوينية لاسيما وأن دراسات أكدت «ارتباط الاكتئاب في أية درجة من درجاته بمشاكل صحية أخرى كالضعف في الوظائف الجسدية والاجتماعية أيضاً والضعف الذي يسببه جهاز المناعة الجسدي». (عن إبراهيم، 1998: 34) . (مايو، 2002: 24)

فكل المسوغات السابقة دعت الباحثة إلى تصميم برنامج علاجي يسعى إلى علاج حدة الأعراض الاكتئابية، في نطاق ما يعرف بالعلاج ( المعرفي السلوكي ) وهو علاج طوره علماء النفس العلاجي بوصفه أحد أهم العلاجات النفسية الحديثة للاكتئاب، والذي يتطلب تدريب المتعالجين على تقنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية حاضرة أو مستقبلية.

ويقوم العلاج المعرفي - السلوكي على «إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أساس أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك ومن ثم فإن التغييرات المعرفية سترتب عليها تغير في سلوك المتعالج, (Clark&Fairburn, 1999,p89)، ومن رواد هذا الاتجاه آرون بيك Beck الذي يعرف العلاج النفسي بأنه طريقة بنائية ومحددة الزمن ذات تأثير توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية». (Dattilio&Freeman, 2000, p8)

ويعدّ العلاج المعرفي - السلوكي واحداً من الطرائق العلاجية النفسية التي تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي، وهي «ادراكات لأهمية الأحداث أو ادراكات تقييم لهذه الأحداث أو كلاهما معاً فيما يتعلق بأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الشخص، أو بالنسبة لأفكاره، أو تصورات، أو اعتقاداته عن نفسه ومحيطه». (رضوان، 1995: 57) إنها العمليات المعرفية التي تتضمن الطريقة التي يفسر فيها الأشياء من حوله، أي ما يقوله لنفسه عن شيء ما أو شخص ما، وهي تختلف من شخص لآخر، كما تؤثر في حياته اليومي.

(Burns, 1991, p12)

وفي ضوء ما أشرنا إليه من نقص في إستيعاب الدراسات السابقة للوضعيات الثقافية المرضية أو المساعدة على تخفيف المرض والحد من مضاعفاته أو تعقيده، وشعورا منا بوجاهة المشكلة المرضية في بعدها المحلي، وضرورة لناء إستراتيجيات علاجية متساوقة مع الحالات المرضية في ضوء خصوصياتها المحلية الثقافية، جعلنا نحدد المشكلة في بناء برنامج علاجي ( معرفي سلوكي ) وتجريبه على عينة وفق قائمة الأعراض الإكتئابية لمرضى السكري والوقوف على فعاليته في التخفيف من حدة الأمراض النفسية لدى الأطفال المراهقين مرضى السكري حيث صغنا لضبط مشكلة البحث، تساؤلات إجرائية كالتالي:



- 1- هل يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي)؟
- 3- هل يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة؟
- 4- هل يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة؟
- 5- هل هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة (باستمارة التقييم الذاتي) بعد تطبيق العلاج وبعده المتابعة لصالح ما بعد المتابعة؟
- 6- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)؟
- 7- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)؟
- 8- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس للأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)؟
- 9- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج)؟
- 10- هل توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي؟

**1-2- دواعي اختيار الموضوع:** من خلال مبررات البحث التي ثبتناها في متن المشكلة يمكن استخلاص دواعي هذا البحث في التالي:

1. حداثة الموضوع من الوجهة المعرفية مما يعطي مبررا قويا للبحث.
2. في حدوث علم الباحثة أن أغلب الدراسات في الوطن العربي في هذا المجال (العلاج المعرفي) إن لم تكن كلها لم تخصص فئة المراهقين السكريين.
3. المساهمة بالبحث والتقصي عن الموضوع الذي يشغل اليوم ساحة البحث العلمي للبرامج المعرفية من طرف تخصصات عدة، كونه يشغل أحر القضايا المبهمة التي لا تزال بعد الآن يعترها الغموض.
4. كونها تشكل مركز تلتقي فيها اهتمامات علم النفس العيادي وعلم النفس المعرفي وأنه من المواضيع المعقدة التي لها من الزوايا ما يسمح للعديد من المجالات والفروع بالمساهمة بالبحث فيه.
5. ندرة الدراسات والتجارب القائمة على المقاربة المعرفية السلوكية المتخصصة في هذه الأمراض في الوضع الجزائري .
6. وضع المشكلة في نطاق الخصوصية الثقافية والدراسة الأمبيريقية الموضوعية .

**1-3- أهداف البحث:** تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- 1- تعليم مرضى السكر من المراهقين بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية للمرض، واختبار مدى فاعلية هذه الاستراتيجيات في التحكم في الجوانب العضوية للمرض، ورؤية هل لتعلم هذه الاستراتيجيات فائدة في التحكم في الجوانب العضوية للمرض.
  - 2- تطبيق أسلوب من أساليب العلاج النفسي هو: العلاج المعرفي السلوكي، ثم دمج فاعلية هذا الأسلوب في تعديل بعض الجوانب النفسية (الاكتئاب)، بهدف التحقق من مدى فاعلية هذا البرامج.
  - 3- السعي لتحسين حالة أفراد عينة البحث اللذين يعانون اضطراب الإكتئاب خاصة إذا ما حصلوا على علاج مبكر من خلال تقديم الخدمات النفسية لهم تقديماً مناسباً.
  - 4- إكساب أفراد العينة المكتئبين مهارات وأساليب في الفهم والتفسير تجعلهم قادرين على مواجهة ضغوط الحياة على نحو أكثر إيجابية.
- 1-4 أهمية البحث:**

1- التدخل باستخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي، في تعديل بعض الجوانب النفسية لدى عينة من المراهقين من مرضى السكر.

2- تناول الدراسة علاج الاكتئاب من حيث هو أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً عند مرضى السكري والمصنف عالمياً ضمن اضطرابات المزاج.

3- تنبيه العاملين في مجال الطب النفسي إلى أهمية العلاج النفسي بشكل مستقل.

4- تقديم خدمات ومساعدات عالمية يمكن أن تسهم في إنقاص المعاناة وخفض حدة أعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث وتعديل طرق تفكيرهم وبنيتهم المعرفية.

6- يعد محاولة في دراسة فاعلية هذا الشكل من العلاج في الجزائر وذلك من خلال البرنامج المعد من طرف الباحثة.

### 1-5- فرضيات البحث:

تأسيساً على تباين الدراسات السابقة في المنهج والأساليب العلاجية وفي النتائج .

وتأسيساً على أدبيات العلاج النفسي السلوكي في بناء إستراتيجيات علاج الإكتئاب لدى مرضى السكري من الأطفال المراهقين.

وبناء على أدبيات البحث الوصفي الأمبيرقي في صياغة الفروض الإحصائية .

يمكن صياغة فروض إجرائية تمكنا من بلورة برنامج علاجي في خطة إجرائية كحل يمكن اختباره ووضع موضع الفحص المنهجي وهي كالتالي :

الفرضية الأولى: يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة المراهقين مرضى السكري.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان بعد تطبيق العلاج (القياس القبلي ) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).

الفرضية الثالثة: لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة.

الفرضية الرابعة: لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة.

الفرضية الخامسة: هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة باستمرار التقييم الذاتي بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

الفرضية السادسة: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

الفرضية السابعة: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

الفرضية الثامنة: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس للأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي.

## 1-6- ضبط مصطلحات الدراسة:

يتبين من عنوان البحث وتجليات المشكلة، وما أصيغ لها من فروض، أننا أمام شبكة من المتغيرات ذات الارتباط المباشر بالموضوع ( كمرض السكري، والاكتئاب، والعلاج المعرفي السلوكي، وبناء البرنامج، والأطفال المراهقين، والوضع المحلي الثقافي... الخ فكل هذه مصطلحات ومفاهيم ظهرت في المشكلة كما لو أنها عناصر في بنائها وتعمل كمتغيرات في البحث وهو ما يستدعي منهجيا ضبط معانيها داخل المشكلة بشكل دقيق.

## 1- مرض السكر Diabète:

### أ- التعريف الطبي:

مرض السكر هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي Métabolique disorder يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم والمسئول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع، أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، وعلى اعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر،

والكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول. (هالة رمضان على 12:1997).

### ب- التعريف السيكلوجي:

يعتبر مرض السكر أحد الاضطرابات الجسيمة الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكلوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تقاوم الحالة المرضية للفرد، وهذا التعريف وفقا لما ورد بالدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III-R , 1987) (المرجع السابق:12).

### 2- الاكتئاب Dépression:

يغطي المصطلح مدى واسعا من الظواهر تمتد من الحزن عبر الأسى والأعراض الاكتئابية إلى الأشكال العنيفة شديدة الوطأة، والاكتئاب في اللغة العربية من مادة "كنب" وكآبة: تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئيب فلاناً، أحزنه واكتأب وجه الأرض، تغير وضرب إلى السواد.

ويعرفه (كولز 1992) بأنه خبرة وجدانية أعراضها الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد، وعدم البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية ومشاعر الذنب، واحتقار الذات وبطئ الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد. (كولز، 1992: 217).

ويعرفه "Beck" بأن حالة تتضمن تغيرا محددًا في المزاج، وذلك مثل الشعور بالحزن، والوحدة، واللامبالاة بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصحوب بتوبيخ للذات، وتحقيرها ولومها، ورغبات في عقاب الذات الرغبة في الهروب، والاختفاء والموت. (غريب عبد الفتاح، 1985:6).

### العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-behaviourtherapy :

هو أحد التيارات العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي (أحمد متولي، 1993: 15) ويرى كل من بيلاك وهرسن، همبرج في (أحمد أحمد متولي، 1993) أن العلاج المعرفي السلوكي له أساليب متعددة من أهمها التحكم الذاتي Self-control، وفنيات عديدة من إعادة البناء المعرفي مثل العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي وأخيرا التعبير عن الذات بطريقة لفظية. (المرجع السابق: 15، 16).

وسوف تقوم الباحثة في هذه الدراسة باستخدام مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية مثل: تسجيل الأفكار المشوهة Thought –caching والعلاج البديل alternative therapy

والتدريب على إعادة العزو Re-attributiontraning وجداول الأنشطة السارة  
activetyschduling، والتدريب المعرفي Rechrarsal Cognitive .

**1-7- عينة البحث:** عينة عرضية تكونت من المجموعة من المتعالجين الذين يعانون من مرض السكري ويترددون على عيادات خاصة وذلك بالتنسيق مع طبيب العيادة والعينة العرضية هي عينة عشوائية ومستقلة تسحب من فئة مناسبة ومتوافرة. (حمصي، 1991: 119)

**1-8- منهج البحث:** استلزمت طبيعة البحث وأهدافه العلاجية استخدام المنهج الإكلينيكي التجريبي حيث أستفيد من تكامل كل منهما مع الآخر في دراسة الاكتئاب فالمنهج الإكلينيكي هو معني بالبحث عن معنى هذا الموقف وأساسه ومنشئه وإظهار الصراع الذي أدى إليه والإجراءات التي تهدف إلى حل هذا الصراع أي معني بشكل أساسي بدراسة الحالات الفردية دراسة عميقة والتي تشكل كل حال منها شخصا بأكمله يقصد فهمه ومن ثم علاجه (سعد، 1994: 59).

وقد استخدم في تنفيذ هذا البحث مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي ويمثل هذا المخطط كما يلي:

- قياس قبلي - معالجة - قياس بعدي

ويحكم على تأثير معالجة بموجب التغير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة. (حمصي 1991: 159).

**1-9- حدود الدراسة:**

تم إنجاز هذا البحث ضمن مجموعة حدود تمثلت فيما يلي:

1- الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة من الأفراد الذين تم تشخيصهم سريريا وفقا مقياس بيك الاكتئاب لدى المراهقين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين Insuline Type I تتراوح أعمارهم بين 12-16 عاما وتتحدد الدراسة أيضا بالإطار النظري والبرامج المستخدمة فيها.

2- الحدود المكانية: تتمثل في عيادة خاصة بمرض السكر بمدينة جيجل.

3- الحدود الزمنية وتتمثل في 2007/06/6 إلى 2011/04/6

**10-1- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:** تم استخدام مجموعة من الاختبارات الإحصائية للحصول على نتائج البحث وهذه الاختبارات موجودة في الحزمة الإحصائية SPSS الإصدار 10,1 ومن هذه الاختبارات:

- اختبار ولكوكسون wilcoxon يستخدم بوصفه بديلاً لاختبار ستودنت (ت) وخاصة اختبار قبلي وبعدي على العينة ذاتها.
- معامل الارتباط لبيرسون.
- تحليل التباين.
- معامل كأ2 وقد تمت معالجة نتائج هذا البحث بواسطة الحاسوب.

# الفصل الثاني

## 2- الدراسات السابقة

تمهيد:

### 2-1- الدراسات العربية

- 1- بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب.
- 2- بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة بالاكتئاب.
- 3- بحوث ودراسات تتعلق بعلاقة المرض العضوي بالاكتئاب.

### 2-2- الدراسات الأجنبية

- 1- بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب.
- 2- بحوث ودراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة بالاكتئاب.
- 3- بحوث ودراسات تتعلق بعلاقة المرض العضوي بالاكتئاب.
- 2-3- تعقيب على الدراسات السابقة.
- 2-4- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.



**تمهيد:**

على الرغم من وجود دراسات وأبحاث عدّة حول الاكتئاب إما بشكل أكاديمي وصفي وإما بشكل مرضي طبي عولج دوائياً، فإن قلة من الأبحاث اهتمت بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب، أو ببناء برامج علاجية للخفض من حدة أعراض الاكتئاب (علاج معرفي سلوكي) وخاصة في المجتمعات العربية، وذلك في حدود علم الباحثة. ولا بدّ للباحثة من الاطلاع على هذه الدراسات السابقة سواء أكانت التي اهتمت بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب أم التي اهتمت بالعلاج المعرفي - السلوكي لاضطرابات أخرى غير الاكتئاب، وذلك للأسباب التالية:

1- الاستفادة من هذه الدراسات في بناء برنامج علاجي للخفض من حدة أعراض الاكتئاب.

2- المقارنة بين نتائج البحث الحالي ونتائج البحوث والدراسات السابقة.

وفي ما يلي عرض ومناقشة لأهم الدراسات التي تمكننا من الاطلاع عليها، مصنفة إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية .

**2-1- الدراسات العربية:**

2-1-1- دراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب

2-1-1-1- دراسة فاديا شربتجي (1987)

عنوان البحث: تقييم فاعلية السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي.

**أهداف البحث:**

1- تبيان قيمة العلاج السلوكي - المعرفي وفاعليته في معالجة حالات الاكتئاب العصابي لدى الإناث في المملكة العربية السعودية.

2- توسيع استراتيجيات العلاج إلى تفسير أصول المرض بما يساعد على تحقيق نتائج علاجية أفضل.

**عينة البحث:**

تكونت عينة البحث من (23) متعالجة في مدينة الرياض، قسمت بناءً على أسس عشوائية إلى ثلاث مجموعات:

المجموعة الأولى مكونة من 8 متعالجات طبق عليهن العلاج السلوكي - المعرفي.  
المجموعة الثانية مكونة من 8 متعالجات طبق عليهن العلاج المعرفي - السلوكي، بالإضافة إلى  
العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة Tricycles Antidepressants  
المجموعة الثالثة مكونة من 7 متعالجات طبق عليهن العلاج الدوائي فقط.

### أدوات البحث:

استخدمت الباحثة ثلاثة مقاييس لقياس حدة الاكتئاب والقلق قبل العلاج وبعده وهي  
مقياس بيك للاكتئاب مقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس تايلور للقلق.

### نتائج البحث:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاختبارات قبل العلاج وبعده  
على فئات البحث الثلاثة، وقد حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي  
أفضل تحسن، وتلتها مجموعة العلاج المعرفي، ثم مجموعة العلاج الدوائي.

1- تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لمعدلات التحسن  
المئوية لمجموعة العلاج الثلاث بين بعضها بعضاً. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا  
رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005)

### 2-1-1-2 دراسة صلاح الدين عراقي محمد (1991)

عنوان البحث: العلاج المعرفي - السلوكي ومدى فاعليته في علاج متعالي الاكتئاب  
العصابي  
أهداف البحث:

التعرف إلى العلاج المعرفي - السلوكي ومدى فاعليته في علاج متعالي الاكتئاب  
العصابي من خلال تطبيق برنامج علاجي على مجموعة من المتعالجين المكتئبين بشدة تم  
تشخيصهم اعتماداً على مقياس بيك للاكتئاب.

### عينة البحث:

تضمنت العينة 40 طالباً وطالبة متطوعين تتراوح أعمارهم بين (20، 23 عاماً) قسمت العينة إلى أربع مجموعات، مجموعة تجريبية إناث عددها 10 طالبات، مجموعة ضابطة إناث عددها 10 طالبات، تم تطبيق البرنامج المعرفي - السلوكي على أفراد العينات التجريبية واستغرقت الجلسات 12 أسبوعاً بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً تراوحت مدتها من 45، 60 دقيقة.

### أدوات البحث:

- 1- مقياس بيك للاكتئاب.
- 2- استمارة المقابلة الشخصية.
- 3- البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي.

### نتائج البحث:

- 2- أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية من الجنسين والمجموعة الضابطة من الجنسين بعد العلاج وبعد انتهاء فترة المتابعة بمقياس بيك للاكتئاب لصالح المجموعات التجريبية من الجنسين.
- 3- لا فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية للجنسين بعد العلاج ومتوسط درجات المجموعة التجريبية من الجنسين بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005)

### 2-1-1-3 دراسة رمزي فتحي هارون (1992)

عنوان الدراسة: فاعلية ثلاثة برامج في التدريب على ضبط الذات في خفض الاكتئاب لدى عينة جامعية.

### أهداف البحث:

التعرف إلى فاعلية ثلاثة برامج في التدريب على ضبط الذات في خفض الاكتئاب لدى عينة جامعية.

### عينة الدراسة:

تألّفت العينة من (45) طالباً وطالبة من مختلف كليات الجامعة الأردنية تراوحت أعمارهم من 18 إلى 29 سنة، وممن حصلوا على علامة 15 فأكثر بمقياس بك للاكتئاب، وقد قسمت العينة إلى أربع مجموعات ثلاث منها تجريبية والرابعة مجموعة ضابطة.

طبّق على أفراد المجموعة الأولى تدريباً سلوكياً على ضبط الذات، وعلى أفراد المجموعة الثانية تدريباً معرفياً على ضبط الذات، أما أفراد المجموعة الثالثة فقد تلقوا معرفياً-سلوكياً على ضبط الذات. قام المرشد خلالها بالتدريب الجمعي على مهارة ضبط الذات في البرامج الثلاثة ووفق مراحلها العامة التي استخدمها ريم **Rehm** لعلاج الاكتئاب.

### أدوات البحث:

1-مقياس بيك للاكتئاب

2- ثلاثة برامج في التدريب على ضبط الذات

### نتائج الدراسة:

1- وجود فروق إحصائية بين كل من المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة لصالح المجموعات التجريبية.

2- وجود فروق دالة بين مجموعة العلاج المعرفي وكل من مجموعة العلاج السلوكي ومجموعة العلاج المعرفي لصالح العلاج المعرفي-السلوكي.

4- كان ترتيب هذه البرامج وفق فاعليتها على النحو التالي: برنامج ضبط الذات المعرفي- السلوكي أكثرها فاعلية، يليه برنامج ضبط الذات المعرفي، وأخيراً برنامج ضبط الذات السلوكي. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005)

### 2-1-1-4- دراسة غادة علي الخضير (1999)

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج توكيدي في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طالبات الجامعة مرتفعات الأعراض الاكتئابية.

### أهداف البحث:

- التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي التوكيدي في خفض درجة الاكتئاب.
- 1- التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي التوكيدي في خفض درجة الاكتئاب.
  - 2- التحقق من فاعلية برنامج تدريبي توكيدي في تنمية تقدير الذات.

### عينة البحث:

تكونت العينة من (38) طالبة من طالبات جامعة الملك سعود ممن يعانون من الاكتئاب، تم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية.

### أدوات البحث:

- 1- مقياس تقدير الذات
- 2- مقياس للاكتئاب
- 3- البرنامج التدريبي التوكيدي

### نتائج الدراسة:

- 1- لم تظهر فروق دالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية.
- 2- ظهرت فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التوكيدي لصالح القياس البعدي. (المرجع السابق)

### 2-1-1-5- دراسة باسم دحادحة (2004)

**عنوان الدراسة:** أثر التدريب في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

**أهداف الدراسة:** استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على تنفيذ الأفكار غير العقلانية وبرنامج إرشاد جمعي في تأكيد الذات على خفض مستوى الاكتئاب مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

#### عينة الدراسة:

تكونت العينة من (60) طالباً وطالبة من طلاب الصف الأول الثانوي في مدرسة أربد الثانوية للبنين، ومدرسة صفية الثانوية للبنات في مدينة إربد. قسمت العينة عشوائية إلى مجموعتين تجريبيتين والثالثة مجموعة ضابطة.

تلقي أفراد المجموعة الأولى التدريب على تنفيذ الأفكار غير العقلانية، وأفراد المجموعة الثانية التدريب على تأكيد الذات.

#### نتائج الدراسة:

- 1- وجود فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات للقياس البعدي، لصالح المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.
- 2- هناك فرق بين المجموعتين التجريبيتين فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب البعدي لصالح المجموعة الثانية التي تلقت تدريباً على تأكيد الذات.
- 3- لا وجود لفرق بين المجموعتين التجريبيتين فيما يتعلق بتحسين مفهوم الذات في القياس البعدي.

- 5- لا وجود لأثر كل من الجنسين والتفاعل في القياس البعدي فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات. ( مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005 ) .

#### 2-1-2- دراسات تتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية

##### 2-1-2-1- دراسة جنان أبو عليان (1994)

**عنوان البحث:** فاعلية برنامج سلوكي- معرفي في إنقاص الوزن وأثر ذلك في مستوى الاكتئاب وتقدير الذات لدى النساء.

### أهداف البحث:

- 1- وتحسين مستوى الاكتئاب وتقدير الذات لدى النساء.
- 2- الكشف عن فاعلية البرنامج السلوكي-المعرفي على إنقاص الوزن.

### عينة البحث:

شملت الدراسة 13 سيدة، تراوحت أعمارهن من 24 إلى 54 عاماً وبمتوسط مقداره 40,50 عاماً، وممن تراوحت نسبة الزيادة في الوزن لديهن من 16% إلى 45% وبمعدل 29% عن الأوزان الطبيعية المقررة في جداول الطول والوزن لتلك الفئة. تم تطبيق البرنامج بمعدل ساعة ونصف في الأسبوع ولمدة 8 أسابيع، دربت المشاركات خلالها على أساليب ضبط الذات المقترحة من فيرجسون Furguson.

### أدوات البحث:

- 1- مقياس بيك العرب للاكتئاب.
- 2- مقياس جبريل لتقدير الذات.

### نتائج البحث:

6- أظهرت النتائج نقصاً واضحاً في الوزن لدى جميع المشاركات وبمعدل 4.2 كغ للمشاركة، كما أظهرت تحسناً بمقاييس الاكتئاب وتقدير الذات، وبقيمة ذات دلالة باختبار ستودنت (ت). (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقار رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005).  
يمكن أن نستفيد من هذا الصنف من الدراسات حول الإكتئاب وإرتباطه بمتغيرات أخرى من حيث المنهج والأدوات وطريقة تطبيقها على عينة الدراسة الحالية

### 2-1-3- بحوث ودراسات تتعلق بعلاقة المرض العضوي بالاكتئاب:

2-1-3-1- (دراسة جبالي نور الدين 1979) : حول الأمراض البسيكوسوماتية والشخصية.

وفي تناوله للعلاقة بين الاضطرابات البسيكوسوماتية والشخصية أوضح (جبالي نور الدين 1979) أن مرضى السكر أقل توافقاً من الأسوياء على مقاييس الهستيريا والاكتئاب، حيث وجد

الباحث فروق دالة إحصائياً بينهم وبين الأسوياء على المتغيرين السابقين. (مذكرة ماجستير غير منشورة لجبالي نور الدين 1979) .

**2-1-3-2- دراسة (عبد الستار إبراهيم 1993):** حول دراسة مصادر القصور المعرفي التي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة

**تناولت هذه الدراسة،** نقص المعلومات، والسذاجة في حل المشكلات، وأساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف وما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين نتيجة المرض والمواقف التي يتفاعل معها وتوقعاته السلبية، ثم قام عبد الستار إبراهيم (1994) بتطبيق المعتقدات الفكرية الخاطئة التي من شأنها أن تؤدي إلى بعض الاضطرابات النفسية لديهم إلى فئتين من العوامل هما.

عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين وعن الحياة وعوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات، عندما يفكر الفرد في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع، وبالتالي يحدث الاضطراب ومن أمثلتها المبالغة في الميل الإدراك الأشياء والتغيرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر فيها ثم التعميم وهو أسلوب في التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية خاصة كالاكتئاب. (عبد الستار إبراهيم 1993: 83، 119)

**2-1-3-3- ( دراسة ضيائي حسين 1987):** حول المشكلات النفسية عند الأطفال

### مرضى السكر

إن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال اللذين لديهم استعداد وراثي للإصابة أيضاً يحدد شدة المرض عند أول ظهوره حيث نجد أن غيبوبة السكر أحياناً ما تكون هي أول ظهور للمرض ويحدد العامل النفسي أيضاً قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج، فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته. (ضيائي حسين 1987: 63)



## 2-1-3-4- (دراسة ماجدة خميس رسالة دكتوراه غير منشورة 1992) حول العلاقة بين مستوى القلق والإصابة ببعض الأمراض العضوية

وكشفت ماجدة خميس (1992) في دراسة عاملية مصرية وجود العلاقة بين مستوى القلق والإصابة ببعض الأمراض العضوية ومنها السكري حيث **أكدت وجود** فروق دالة إحصائية بين مرض السكري والأسوياء على مقاييس القلق ، قلق الموت، القلق(داخلي /خارجي المنشأ) . ووجود فروق بين المجموعتين على مقاييس الصحة العامة. (ماجدة خميس، 1992).

### 2-2- الدراسات الأجنبية:

#### 2-2-1- دراسات تتعلق بالعلاج المعرفي-السلوكي للاكتئاب

#### 2-2-1-1- دراسة راش وآخرين (Rush et.al 1977):

**عنوان الدراسة:** دراسة مقارنة لفاعلية العلاج الدوائي (الأميرامين) والعلاج المعرفي - السلوكي في علاج متعالي الاكتئاب الخارجيين.

#### أهداف البحث:

مقارنة فاعلية العلاج المعرفي والدوائي في علاج المتعالجين المكتئبين.

#### عينة البحث:

شملت العينة 44 متعالجاً مكتئباً (درجة معتدل إلى حاد) من متعالي العيادات الخارجية وبتراوح أعمارهم من 18 إلى 56 سنة.

تم توزيع المتعالجين توزيعاً عشوائياً إلى مجموعة للعلاج المعرفي، ومجموعة للعلاج الدوائي. واستمر العلاج المعرفي عشرين جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً وكانت مدة الجلسة العلاجية 50 دقيقة. استغرق العلاج الدوائي 12 اسبوعاً بجرعة (أكبر من 100 ملغ وأقل من 250 ملغ باليوم) من الأميرامين Amipramine، وأشرف على علاج المتعالجين الذين خضعوا للعلاج المشترك معالجون نفسيون وأطباء.

#### أدوات البحث:

مقياس بيك للاكتئاب، مقياس هاملتون ومقياس راسكين.

وكان معظمهم لديهم اكتئاب معتدل إلى شديد. تمّ تصنيف المتعالجين تصنيفاً عشوائياً إلى مجموعة للعلاج المعرفي ومجموعة للعلاج الدوائي. واستمر العلاج المعرفي عشرين جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً وكانت مدة الجلسة العلاجية 50 دقيقة.

### نتائج البحث:

7- أظهرت النتائج بعد انتهاء فترة المعالجة ومن خلال نتائج التقييم البعدي تناقصاً واضحاً في الأعراض الاكتئابية لدى كل المتعالجين في المجموعتين، إلا أنه عند تحليل التباين وحيد الاتجاه أكدت النتائج أن العلاج المعرفي اظهر تحسناً أكبر بشكل مهم في الأعراض الاكتئابية عن متعالي العلاج الدوائي، إضافة إلى أن 65% من المتعالجين الذين تم علاجهم علاجاً دوائياً حدث لديهم انتكاس مقارنة بنسبة نكس 31% من المتعالجين الذين تمّ علاجهم علاجاً معرفياً-سلوكياً، وذلك بعد مرور سنة على علاجهم.

(Rush et.al 1977 P 17, 37 )

### 2-2-1-2 دراسة شاو (1977, Shaw):

عنوان الدراسة: مقارنة فاعلية العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج الاكتئاب

#### أهداف البحث:

مقارنة العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج الاكتئاب.

#### عينة البحث:

تكونت العينة من 32 متعالجاً مكتئباً تتراوح أعمارهم من 18 إلى 26 عاماً. قسمت العينة

إلى:

1- مجموعة تجريبية طبق عليها برنامج العلاج المعرفي "بيك".

2- مجموعة تجريبية طبق عليها برنامج العلاج السلوكي.

3- مجموعة ضابطة طبق عليها برنامج علاج غير توجيهي Non directive.

4- مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار Waiting-list-control.

تضمن برنامج العلاج السلوكي وفق "ليفنسون" جداول أنشطة وفنيات تدريب سلوكي لتعليم مهارات الاتصال، ومهارات التعزيز الاجتماعي. واستغرق العلاج المعرفي 16 أسبوعاً بمعدل

جلسة واحدة أسبوعياً مدتها 50 دقيقة وكذلك العلاج السلوكي بمعدل واجب منزلي واحد كل أسبوع لمدة 16 أسبوعاً بمعدل وبعد انتهاء الجلسات العلاجية.

### أدوات البحث:

1- مقياس بيك: ومقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب، فضلاً عن التقارير الذاتية للمتعالجين.

2- برنامج العلاج المعرفي وفق بيك.

3- برنامج العلاج السلوكي وفق ليفنسون.

4- برنامج العلاج المتمركز حول الذات (علاج غير توجيهي).

### نتائج البحث:

أظهرت النتائج أن برنامج العلاج المعرفي أدى إلى تغييرات دالة إلى حد بعيد في الأعراض الاكتئابية عند إعادة تقييم هذه الأعراض بمقياس بيك للاكتئاب وبمقياس هاملتون وكان ذلك بدرجة أكبر من تأثير العلاج السلوكي. كما أظهر العلاج غير المباشر تغييرات في الأعراض الاكتئابية مساوية للتغيرات التي أحدثها العلاج السلوكي، وأشار أن العلاج السلوكي أدى إلى تغييرات دالة في الأعراض الاكتئابية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة (على قائمة الانتظار) وذلك عند إعادة التقييم والمتابعة لمدة شهر. (Shaw 1977 P 543 ,551)

### 2-2-1-3- دراسة بلاك بورن وآخرين (Blackburn et . El 1981)

عنوان البحث: فاعلية العلاج المعرفي للاكتئاب

### أهداف البحث:

مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي الدوائي للاكتئاب كل بمفرده، والعلاج المشترك بينهما.

### عينة البحث:

تألفت العينة من 140 متعالجاً يعانون من الاكتئاب الأساسي (متعالجي العيادات الخارجية، والمتعالجون المقيمون)، منهم 64 متعالجاً أكملوا التجربة، تم تقسيم العينة عشوائياً لتلقي العلاج المعرفي (ن=21) أو العلاج بمضادات الاكتئاب (ن=22) أو العلاج المشترك (ن=21).

### أدوات البحث:

سبعة مقاييس تقيس المزاج والقلق والاستثارة.

### نتائج البحث:

أظهرت نتائج التقييم البعدي تفوق العلاج المشترك على العلاج الدوائي لمتعالجي العيادات والمقيمين، وتكافؤ العلاج المعرفي-السلوكي مع العلاج الدوائي لدى متعالجي العيادات الخارجية، كما تكافؤ العلاج المعرفي - السلوكي مع العلاج المشترك لدى المتعالجين المقيمين، وتفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي لدى المتعالجين المقيمين، أي إن العلاج الدوائي كان أقلهم فاعلية، كما كانت نسبة النكس على مدى العام ضمن مجموعة العلاج المعرفي أقل من النصف مما لوحظ لدى مجموعة العلاج الدوائي.

وقد تمت مناقشة هذه النتائج استناداً إلى نظرية بيك المعرفية عن الاكتئاب.

(Blackburn1981P 181, 189)

2-2-1-4- دراسة للاك بورن وبيشوب (Blackburn&Bishop 1983)

عنوان البحث: التغيرات المعرفية الناتجة عن العلاج المعرفي والعلاج الدوائي

### أهداف الدراسة:

المقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي والعلاج الدوائي كل بمفرده، وبين العلاج المشترك (العلاج الدوائي مع العلاج المعرفي) لدى متعالجي الاكتئاب.

### عينة البحث:

مجموعة من متعالجي العيادات الخارجية، والمتعالجين المقيمين في المشفى العام.

### نتائج البحث:

- 1- تماثل النتائج بمقاييس المتغيرات المعرفية ومقاييس المزاج والشدة.
  - 2- كانت فاعلية العلاج الدوائي أقل من فاعلية العلاج المعرفي أو من فاعلية العلاج المشترك (العلاج الدوائي والعلاج المعرفي) على جميع المتعالجين.
  - 3- تفوق العلاج المشترك على العلاج المعرفي لدى متعالي العيادات الخارجية.
  - 4- تكافأ كل من العلاج المشترك والعلاج المعرفي لدى متعالي العيادات الخارجية.
- تمّ الحصول على تأثيرات هامة في المقاييس المتعلقة بالنظرة إلى الذات والعالم والمستقبل. ( مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005 )

### 2-2-1-5- دراسة بيك وآخرين (Beck et.al 1985):

عنوان الدراسة: المعالجة المعرفية والمعالجة الدوائية للاكتئاب

#### أهداف البحث:

مقارنة فاعلية العلاج المعرفي منفرداً، والعلاج المعرفي المشترك مع العلاج الدوائي.

#### عينة البحث:

تألّفت العينة من 33 متعالجاً اكتئابياً غير ثنائي، من متعالي العيادات الخارجية، قسموا تألّفت العينة من 33 متعالجاً اكتئابياً غير ثنائي، من متعالي العيادات الخارجية، قسموا لى مجموعتين: الأولى تتكون من 18 متعالجاً تمّ علاجهم بالعلاج المعرفي، والثانية تتكون من 15 متعالجاً تمّ علاجهم بالعلاج المعرفي والعلاج الدوائي (الأمبيتريبتيالين هايدرو كلورابد (Ampitirptylene hydrochloride).

تم تطبيق العلاج على جميع المتعالجين بمعدل 20 جلسة حداً أقصى خلال فترة 12 أسبوعاً.

### نتائج البحث:

- 1- أظهرت كل من المجموعتين فروقاً ذات دلالة إحصائية في الأعراض الاكتئابية.
- 2- لم تحسن إضافة الدواء من الاستجابة التي تم الحصول عليها من العلاج المعرفي منفرداً في فترة علاج قصيرة المدى.
- 3- أظهر العلاج المشترك ثباتاً أكبر في التحسن في فترة متابعة استمرت عاماً في العلاج المشترك. (المرجع السابق)

### 2-2-1-6- دراسة إيلكين وآخرين (Elkin et.Al, 1989)

عنوان الدراسة: برنامج البحث المشترك لمعالجة الاكتئاب في المعهد الوطني للصحة

العقلية (NIMH)<sup>1</sup>

### أهداف البحث:

التحقق من فاعلية العلاج النفسي المختصر (Brief)، العلاج البيئشخصي، والعلاج المعرفي-السلوكي لمعالجة متعالي العيادات الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي وفقاً لمعايير البحث التشخيصية.

### عينة البحث:

تألفت العينة من 250 متعالجاً تم تقسيمهم عشوائياً إلى أربع مجموعات علاجية: العلاج البيئشخصي، العلاج المعرفي- السلوكي، التدبير السريري مع Imipramine Hydrochloride (كعلاج مرجعي قياسي)، والتدبير السريري مع الدواء الخادع (Placebo).

### نتائج البحث:

أظهر المتعالجون في كل العلاجات نقصاً واضحاً في الأعراض الاكتئابية وتحسناً في الأداء الوظيفي على مدى فترة العلاج التي استمرت 16 أسبوعاً. وكان هنالك ترتيب منظم للعلاج عند نقطة نهاية العلاج. فكان التدبير السريري Clinical management مع عقار Imipramine عموماً الأفضل، وكان التدبير السريري مع الدواء الخادع الأسوأ، وتكافأ

1-Natinal Institute of Mental Health (NIMH)

العلاجان النفسيان (المعرفي-السلوكي والبيئشخصي) مع التدبير السريري مع عقار Imipramine، كما لم يكن هنالك أي دليل على فاعلية أكبر لأي من العلاجين النفسيين مقارنة ببعضهما، ولم يكن هنالك على أن أيًا من العلاجين النفسيين أقل فاعلية بشكل ملحوظ من العلاج القياسي المرجعي (التدبير السريري مع Imipramine).

كما أظهرت النتائج أن العلاج الدوائي كان أفضل لأغلب اضطرابات الاكتئاب الشديدة، وعلى النقيض من ذلك لم يكن هنالك فروق ذات أهمية بين العلاجات الأربعة بما فيها التدبير السريري والدواء الخادع للمتعالجين الأقل اكتئاباً والذين يعانون من درجة أقل في ضعف الأداء الوظيفي. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السفار رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005)

## 2-2-1-7- دراسة دوبسون (Dobson,1989)

عنوان الدراسة: التحليل الكمي لفاعلية العلاج المعرفي للاكتئاب

أهداف البحث:

هدفت الدراسة إلى تحليل مقارن لعدة دراسات للعلاج المعرفي والدوائي للاكتئاب من خلال مراجعة دوبسون لثمانى دراسات عشوائية (العدد الإجمالي للعينة 721) تقارن مقارنة واضحة وصريحة بين علاج بيك Beck المعرفي للاكتئاب، والعلاج الدوائي (مضاد ثلاثي الحلقات) في علاج متعالي العيادات المكتئبين. وتوصلت هذه المراجعة إلى أن العلاج المعرفي قد تفوق على العلاج الدوائي حسب مقياس بيك للاكتئاب. فقد كان المعدل الوسطي للذين تحسنوا بتلقي العلاج المعرفي أفضل بنسبة 70% من المتعالجين الذين تلقوا علاجاً دوائياً. (المرجع السابق)

## 2-2-1-8- دراسة ثيز وآخرين (Thase et.al 1991)

عنوان الدراسة: شدة الاكتئاب والاستجابة للعلاج المعرفي-السلوكي.

عينة البحث:

مقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس التقييم العالمي

GLOBAL Adjustment Scale

### نتائج البحث:

كانت الأعراض الأكثر وضوحاً لدى المجموعة الأكثر شدة على مدى 16 أسبوعاً وكانت نسب الاستجابة منخفضة انخفاضاً واضحاً بمقياس Beck (81%) للمجموعة الأولى مقابل 50% للمجموعة الثانية خلال الفترة الأولى من العلاج)، ورغم ذلك لم تختلف المجموعتان عند نقطة النهاية اختلافاً مهماً بأي من المقاييس الثلاثة بل أظهروا نسباً متقاربة من التحسن على مستوى الأعراض.

كما أظهرت كل من المجموعتين نقصاً واضحاً في الأعراض الاكتئابية وخاصة لدى متعالي الاكتئاب الشديد (Sever). (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005)

رغم أن هذه النتائج لا تدعم وجهة النظر بأن علامات مقياس هاملتون التي كانت 20 أو أكثر تشير إلى أن العلاج المعرفي-السلوكي كان طريقة خاطئة نسبياً في علاج هؤلاء، وأن الأعراض الأكثر شدة لدى المتعالجين لم تصبح أقل بشكل كامل (وخصوصاً تبعاً لاستبيان Beck) فإن هؤلاء المتعالجين يمكن أن يستفيدوا من منهاج علاجي أكثف وأطول مدة.

### 2-2-1-9- دراسة ميرسه وآخرين (Mercier et al, 1992)

عنوان الدراسة: دراسة تتبعية رائدة للعلاج المعرفي والعلاج الدوائي للاكتئاب اللانمطي (Atypical).

#### أهداف البحث:

المقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي والعلاج بمضادات الاكتئاب لمجموعة سكانية واحدة.

#### عينة البحث:

تألفت العينة من 27 متعالجاً وفقاً لمعايير Colombia للاكتئاب اللانمطي، تلقوا جميعاً العلاج المعرفي ثم العلاج بمضادات الاكتئاب بالنسبة للذين لم يستجيبوا للعلاج المعرفي.



### نتائج البحث:

من بين 25 متعالجاً تابعوا الدراسة كان هنالك 14 متعالجاً (56%) استجابوا للعلاج المعرفي فقط. 69% (9 من 13) من الذين استجابوا حافظوا على المزايا التي حصلوا عليها لمدة 6 أشهر أو أكثر 63% (7 من 11) من الذين لم يستجيبوا للعلاج المعرفي استجابوا للعلاج بمضادات الاكتئاب. تمت مقارنة هذه النتائج بالدراسة المتزامنة بالعلاج الدوائي والخاضعة للتعمية المزدوجة، كلا العينتين تم اختيارهما من الفئة السكانية نفسها وفي التوقيت نفسه: كانت نسب الاستجابة للعلاج المعرفي والعلاج بمضادات الاكتئاب أعلى من المتوقع مع الدواء الخادع (28%)، دلت النتائج على أن:

1- كلاً من العلاج المعرفي-السلوكي والعلاج بمضادات الاكتئاب يعتبران علاجاً فعالاً لفئات سكانية مختلفة من المتعالجين المكتئبين، وكانت نسبة استجابة المتعالجين للعلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب من بين الذين لم يستجيبوا للعلاج المعرفي أكبر مما كان المتوقع مع الدواء الخادع.

كان الأثر الفعال للعلاج المعرفي أطول ديمومة. (Mercier, 1992 P 166 , 170)

2-2-1-10- دراسة هالون وآخرون (Hallon et. Al, 1992)

عنوان الدراسة: العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير للاكتئاب علاجاً منفرداً أو مشتركاً

### أهداف البحث:

مقارنة استخدام العلاج المعرفي والعلاج الدوائي بعقار Imipramine Hydrochloride ثلاثي الحلقات علاجاً منفرداً أو مشتركاً.

### عينة البحث:

تكونت العينة من 107 متعالجاً من متعالي الاكتئاب في العيادات، ولا يعانون من الذهان أو اكتئاب ثنائي القطب. استمر العلاج على مدى 12 أسبوعاً، وتابعه 64 متعالجاً فقط من العينة المذكورة

### نتائج البحث:

دلّت النتائج على عدم وجود فروق بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي من ناحية الاستجابة المتعلقة بالأعراض سواء أكان في التحليل الأولي أم الثانوي والذي اقتصر على متعالي العيادات المكتئبين بشدة، كانت الشدة الأولية السبب في التنبؤ باستجابة العلاج الدوائي فقط وليس العلاج المعرفي. أما العلاج المشترك فقد أظهر تفوقاً ولكنه لم يحسن بشكل دال من الاستجابة لأية وسيلة علاجية لوحدها.

كما كانت نسبة الانتكاس لأولئك الذين تلقوا علاجاً دوائياً أكثر بمرتين من الذين تلقوا العلاج المعرفي- السلوكي، أو العلاج المشترك. ( مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005 )

### 2-2-1-11- دراسة فافا وآخرين (Fava et.Al, 1994)

عنوان الدراسة: العلاج المعرفي-السلوكي لمعالجة الأعراض المتبقية في اضطراب الاكتئاب الأساسي.

#### أهداف البحث:

دراسة فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي للأعراض المتبقية من الاضطراب الاكتئابي الأساسي.

#### عينة البحث:

كان عدد الخاضعين للبحث 40 متعالجاً من الاضطراب الاكتئابي الأساسي، كانوا قد عولجوا بنجاح بمضادات الاكتئاب. قسّموا عشوائياً إلى مجموعتين إما للعلاج المعرفي- السلوكي أو للتدبير السريري للأعراض المتبقية، وذلك بعد إيقاف مضادات الاكتئاب تدريجياً لكلا المجموعتين.

### نتائج البحث:

دلّت النتائج لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً - سلوكياً على مستوى أكثر انخفاضاً من الأعراض المتبقية بعد إيقاف الدواء نهائياً مقارنة بمجموعة التدبير السريري. وكانت نسبة

الانتكاس منخفضة أكثر (15%) لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً في فترة المتابعة التي دامت سنتين وذلك مقارنة بمجموعة التدبير السريري (35%) وهذا يشير إلى المزايا السريرية الكامنة في العلاج المعرفي - السلوكي الموجه للأعراض المتبقية من العلاج.

(Fava et.Al, 1994P 1295 , 1299)

2-2-1-12- دراسة سترافينسكي وآخرون (Stravynski et.Al, 1994)

عنوان الدراسة موسومة بـ : معالجة الاكتئاب بالعلاج المعرفي - السلوكي الجماعي وعقار

### Imipramine

#### أهداف البحث:

التعرف إلى فاعلية إضافة عقار Imipramine إلى العلاج المعرفي-السلوكي الجماعي.

#### عينة البحث:

تضمنت العينة 24 متعالجاً من متعالجي العيادات الخارجية الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي.

وفقاً لمعايير DSM-III-R. طبق عليهم العلاج المعرفي-السلوكي مع دواء مضاد للاكتئاب وهو عقار Imipramine، أو من دونه.

#### نتائج البحث:

أكمل 18 متعالجاً 15 جلسة أسبوعية من العلاج، وقد لوحظ تحسناً مساوياً في كلتا الطريقتين بعد العلاج وقد تم الحفاظ على التحسن بشكل أساسي في فترة المتابعة التي دامت 6 أشهر وهذا يعني أن العلاج المعرفي- السلوكي الجماعي هو تدخل علاجي قابل للتطبيق على متعالجي العيادات الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي على حسب التشخيص المتعمد في البحث. كما أن إضافة عقار Imipramine إلى العلاج السلوكي المعرفي الجماعي لم يعزز النتائج.

(Stravynski et.Al, 1994 P 390 ,387 )

## 2-2-1-13- دراسة مروفني وآخرين: (Murphy et.Al, 1995)

عنوان البحث: العلاج المعرفي-السلوكي، التدريب على الاسترخاء، العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات في علاج الاكتئاب

## أهداف البحث:

مقارنة العلاج المعرفي- السلوكي مع العلاج الدوائي. من خلال ثلاث مجموعات (مجموعة علاج دوائي-مجموعة التدريب على الاسترخاء-مجموعة العلاج المعرفي-السلوكي)

## عينة البحث:

تألفت العينة من 37 متعالجاً من الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي الأساسي، قسمت على ثلاث مجموعات (مجموعة علاج دوائي- مجموعة التدريب على الاسترخاء-مجموعة العلاج المعرفي-السلوكي)، وكانت مدة العلاج 16 أسبوعاً.

## نتائج البحث:

تفوقت نتائج علاج الاكتئاب بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات عند التحليل النهائي على كل من (العلاج المعرفي-السلوكي، التدريب على الاسترخاء)، وكانت الدرجات بعد فترة العلاج وحسب مقياس Beck للاكتئاب أصغر أو يساوي 9 ونسبة التحسن 82% لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً-سلوكياً ولكن هذا لم يكن أكثر بكثير من المجموعة التي تلقت تدريباً على الاسترخاء فقد كانت نسبة التحسن 73% ولهذا فإن الأثر المميز لم يتضح تماماً لدى العلاج المعرفي-السلوكي. أما نتائج المجموعة التي تلقت علاجاً مضاداً للاكتئاب 29% تحسن أفرادها حسب المعايير التشخيصية للبحث). وكان هذا أسوأ بشكل واضح مقارنة بالعلاج المعرفي-السلوكي. (Murphy et.Al, 1995 P420 ,403)

## 2-2-1-14- دراسة مينيسوتا (Minnesota,1996)

عنوان البحث: مشروع مينيسوتا عن العلاج الدوائي والعلاج المعرفي

## أهداف البحث:

المقارنة لبن المعالج المعرفي والعلاج الدوائي والعلاج المشترك لمتعالي الاكتئاب.

### عينة البحث:

تألفت العينة من 107 متعالجين، فيهم نساء و متزوجين و أرامل و موظفين، تراوحت أعمارهم بين 18-65 عاماً، كما اتصفت العينة بمستوى تعليمي منخفض إلى متوسط اجتماعياً واقتصادياً. تمّ تقويم جميع المتعالجين عيادياً من قبل طبيب نفسي مختص، وكان 64% من أفراد العينة يوافقون معايير الاكتئاب المتكرر و 24% يوافقون معايير الاكتئاب المزدوج و 33% منهم كانوا قد أدخلوا المشفى من قبل و 39% قد أقدموا على محاولة انتحار واحدة على الأقل إجمالاً. وكانت درجة اكتئابهم معتدلة إلى شديدة.

قسمت العينة إلى أربع مجموعات 1- مجموعة العلاج المعرفي 2- مجموعة العلاج الدوائي بعقار الامبيرامين دون استمرار خلال فترة المتابعة 3- مجموعة العلاج الدوائي بعقار الامبيرامين مع الاستمرار.

4- مجموعة العلاج المشترك.

### نتائج البحث:

- 1- أظهرت النتائج أن نحو نصف المتعالجين الذين أكملوا العلاج في أية وسيلة علاجية واحدة قد أظهروا استجابة كاملة مقابل ثلاثة أضعاف ممن أكمل علاجاً مشتركاً.
- 2- أظهرت جميع النتائج تكافؤ العلاج المعرفي والعلاج الدوائي، ولم تظهر فروق كبيرة بين العلاج المعرفي بوصفه علاجاً قائماً بذاته، والعلاج المعرفي بوصفه عنصراً في العلاج المشترك.
- 3- تبين أن الشرط الدوائي مع المتابعة (فمدة سنتين) في تناول الدواء متفوق على الشرط الدوائي دون متابعة الدواء في الحيلولة دون حدوث انتكاس لاحق.  
(Salkovaskis 1996 p297,302)

2-2-1-15- دراسة نيز وآخرين (These et.al, 1998)

عنوان الدراسة: مقارنة استعدادية لجماعات متعاقبة تم علاجهم بالعلاج المعرفي- السلوكي والنصائح الإرشادية والدواء الخادع (Placebo)

### أهداف البحث:

مقارنة نتائج علاج مجموعتين متعاقبتين من متعالي العيادات الخارجية الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي تم علاجهم إما بالعلاج المعرفي-السلوكي، وإما بظروف تحكم غير محددة (Nonspecific) المساندة Support الإرشاد Counseling العلاج بالدواء الخادع .Placebo.

### عينة البحث:

تكونت العينة من 190 متعالجاً من متعالي العيادات الخارجية يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي وتم تقسيمها إلى مجموعتين

الأولى وعددها (90) عولجت بالعلاج المعرفي-السلوكي والأخرى وعددها (100) عولجت بطرائق غير نوعية. وقد حققت هذه العينة (المجموعتان) تجانساً كاملاً مع اختلاف متغيرين فقط هما: العمر عند بدء أول نوبة اكتئابية والوضع العائلي (زوج أو حياة مشتركة) فقد كان عمر مجموعة المتعالجين الذين تلقوا العلاج بظروف التحكم اللانوعية أصغر عند بدء المرض وكانوا على الأرجح يعيشون وحيدين.

تم تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي في 20 جلسة لمدة 16 أسبوعاً (مرتان في الأسبوع لفترة أربعة أسابيع وبعد ذلك مرة في الأسبوع). كما تم ضبط ظروف التحكم اللانوعية فكانت الجلسات أسبوعية، مدتها 45 دقيقة تتضمن التنقيف النفسي، توضيح المشاكل، الإصغاء التأملي، والمساندة النفسية.

### أدوات البحث:

مقياس بيك للاكتئاب، مقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس التقييم العالمي GAS

(Global Assement Scale)

### نتائج البحث:

أظهرت نتائج بمقاييس هاملتون (Hamilton Rating Scale for HRSD Depression) ومقياس Beck للاكتئاب، ومقياس التقييم العالمي GAS تكافؤاً في النتائج الإيجابية لكل من العلاج المعرفي-السلوكي والعلاج الدوائي بالإمبيرامين (Impramine)

في حين تفوق العلاج المعرفي-السلوكي على العلاج بالدواء الخادع وعلى ظروف التحكم اللانوعية. ولوحظ أنه كلما كانت شدة الاكتئاب أعلى في مرحلة ما قبل المعالجة كان الفرق أكبر بكثير بين العلاج المعرفي-السلوكي وظروف التحكم اللانوعية عند الأسبوع الرابع. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقار رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005)

## 2-2-1-16- دراسة دوربيز وآخرين (De Rubeis et.al 1999)

عنوان البحث: العلاج الدوائي مقابل العلاج المعرفي-السلوكي لمتعالي العيادات المكتئبين بشدة تحليل واسع لأربع مقارنات عشوائية.

### أهداف البحث:

مقارنة نتائج العلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج المعرفي-السلوكي في أربع تجارب عشوائية لمتعالي الاكتئاب.

### عينة البحث:

مجموعة من المكتئبين بشدة ممن يراجعون العيادات الخارجية في المشافي، تم تقسيمهم إلى مجموعات فرعية لمقارنة نتائج العلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج المعرفي-السلوكي.

### نتائج البحث:

دللت النتائج على أن العلاج المعرفي- السلوكي حقق نجاحاً مماثلاً للعلاج بمضادات الاكتئاب لدى متعالي العيادات المكتئبين بشدة في المقارنات الأربع الرئيسية

(De Rubeis et.al 1999 P 1007 ,1013)

## 2-2-1-17- دراسة كاسكاليندا وآخرين (Cascalenda et.al 2002)

عنوان الدراسة: التخفيف من حدة الاضطراب الاكتئابي الأساسي: مقارنة بين العلاج الدوائي، العلاج النفسي، وشروط الضبط للبحث.

### أهداف البحث:

تضمنت العينة 883 متعالجاً من متعالي العيادات الخارجية، ويعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي من الخفيف إلى المتوسط (mild to moderate) وغير مترافق مع الذهان.

اعتمدت الدراسات على قواعد بيانات مؤتمته استخدمت لتعريف ست مقارنات عشوائية متعددة الخلايا خاضعة للضبط والتعمية المزدوجة<sup>1</sup> (Double-blind) لتعريف الاضطراب الأساسي. تراوحت مدة العلاج من 10 إلى 34 أسبوع (المتوسط-16 أسبوع).

### نتائج البحث:

تشير النتائج إلى أن العلاج بمضادات الاكتئاب (مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وفينيلزين Tricyclic antidepressants and phenelzine) والعلاج النفسي (بشكل أولي العلاج المعرفي والعلاجات البين شخصية) والذين كانا أكثر فاعلية من شروط الضبط، ولكن لم يكن بينهما فروق ذات دلالة واضحة. وبلغت النسب المئوية للتخفيف من حدة المرض لجميع المتعالجين الذين تم تخصيصهم عشوائياً للعلاج الدوائي، العلاج النفسي، ظروف الضبط هي بنسبة 46.4%-46.3%-24.4% على التوالي.

دلّت النتائج إلى اعتبار كل من العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب والعلاج النفسي على أنهما في الترتيب الأول لعلاج متعالي العيادات المكتئبين من خفيف إلى متوسط. ( Cascalenda 2002 P 1360 )

2-2-2-2 دراسات تتعلق بالعلاج المعرفي-السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية

2-2-2-2-1 دراسة باتيليز، سويتس وآخرون (Patelis, Siotis and others 2001)

عنوان البحث: فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي لاضطراب ثنائي القطب.

### أهداف البحث:

قياس فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي الجماعي لاضطراب ثنائي القطب في تحسين الأداء الوظيفي والحياتي.

(1)- المقصود بذلك ألا يعرف المتعالجون أو الأطباء أيهما الدواء الحقيقي وأيهما الدواء الخادع، كما لا يعرف الأطباء أنهم يخضعون لتجربة من هذا النوع.



## عينة البحث:

كان عدد الأفراد الخاضعين للدراسة 49 متعالجاً (من متعالجي العيادة الخارجية) تم تشخيص حالاتهم بالاضطراب ثنائي القطب وكانوا يتناولون دواءً أو أكثر لاستقرار المزاج وكانوا مكنّيبين باعتدال أو ذوي مزاج مرح هادئ، وذلك من خلال تقييم الأعراض بمقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس يونغ للهوس.

كانت التدخلات المعرفية للطور الاكتابي من الاضطرابات ثنائي القطب مماثلة لتلك التي طورها بيك Beck لعلاج الاكتئاب أحادي القطب وتم توظيف تدخلات أخرى ذات صلة بالهوس، مثل مراقبة الذات، إنقاص مستوى النشاط، تنظيم النوم، أنماط الطعام والتمارين، فضلاً عن إعادة البناء المعرفي لتصحيح التفكير المشوه والاهتمام بمشكلات العلاقات المتبادلة مع الآخرين.

**نتائج البحث:** أظهرت النتائج باستخدام اختبار ستودنت (ت) لمتغيرات الأعراض، والمقياس العالمي لتقييم الأداء الوظيفي ومسح النتائج الطبية لمرحلة ما قبل وما بعد العلاج أن إضافة العلاج المعرفي إلى العلاج الدوائي أدى إلى تغير ملحوظ في أعراض المزاج في نهاية العلاج (14 أسبوعاً) وتحسناً واضحاً في الأداء الوظيفي النفسي الاجتماعي.

(Patelis, Siotis 2001P153,145)

**2-2-2-2- دراسة (فرانس وبيدل Francis Biedel 1992) حول الدمج المعرفي واضطرابات القلق.** وقد تحدث عن برنامج الدمج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة الذي قدم بواسطة كيندال وزملائه والذي يهدف إلى تعليم الطفل كيف يخبر ويتعامل مع القلق ويحاول خفض مستوى القلق لديه ، وقد انقسم هذا البرنامج إلى قسمين حيث احتوى القسم الأول على ثماني جلسات تدريبية تضمنت الوعي بالاستجابات المختلفة لمشاعر القلق، والإفصاح الذاتي بها، مهارات حل المشكلة، ثم بناء أطر التعامل واستخدام تقييم وتعزيز الذات بينما احتوى القسم الثاني على ثماني جلسات لممارسة تلك المهارات والتعرض للمواقف المسببة للقلق واستخدام في البرنامج فنيات التعرض والنمذجة والتحكم الطارئ وتدريب توجيه الذات، وأسلوب حل المشكلة، وتعديل الإفصاح الذاتي السيئ (أسماء عطية 2009 :66).

**2-2-2-3- دراسة (جنسبرجوسيلفرمانو كارتس 1995 Ginoburg, Slverman) حول العلاج****المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق**

**وتناول فيها** أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية في البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي المقدم للأطفال ذوي اضطرابات القلق لأنها طريقة هامة لمساعدتهم على التعامل مع مشاعر الخوف والقلق في مواقف التقييم الاجتماعي والتي يتم التدريب عليها عن طريق النمذجة والممارسة في السلوك.

**2-2-2-4- دراسة ( سكوردروكيندال 1996 Schoeder Kendall) حول دراسة برنامجاً****معرفياً سلوكياً جماعياً للأطفال القلقين.**

يهدف إلى تزويد الأطفال بالمهارات اللازمة للتعامل بنجاح في المواقف المتنوعة المثيرة للقلق، والذي لم يختلف عن برنامج كيندال وآخرين واستخدام فيها التعرض وتدريب الإسترخاء ولعب الدور، والنمذجة كفنيات سلوكية، والتحكم الذاتي وحل المشكلة والواجبات المنزلية وتعديل الإفصاح الذاتي كفنيات معرفية (أسماء عطية، 2009: 67)

**2-2-2-5- دراسة (كيندال وآخرين 1995 Kendall et al) حول العلاج المعرفي السلوكي****لاضطرابات القلق في مرحلة الطفولة**

ولقد خاطب التفكير والمشاعر، والسلوك المرتبطة بالقلق ودمج مابين الأساليب المعرفية والسلوكية، لتحقيق الهدف النهائي المتمثل في أن يطور الطفل التعامل مع مواقف القلق بطريقة سهلة الضبط والتحكم، فالعلاج هنا يركز على مساعدة الطفل لتنمية مهارات التفكير خاصة ويطبقتها عند مواجهة مثيرات الخوف أو القلق حيث يتم مساعدة الطفل على الوعي بأنماط التفكير السالبة التي تعيق أداءه وأخيراً تعلم المهارات المعرفية والسلوكية (أسماء عبد الله عطية 2009: 63).

**2-2-2-6- دراسة (كيندال 1993 Kendall)، حول العلاج المعرفي مع الأطفال والمراهقين**

وقد استخدم هذا العلاج كفاعلية مع الأطفال والمراهقين في علاج كل من اضطرابات القلق واضطرابات ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاكتئاب والاندفاعية وصعوبات التعلم، ومع

الأطفال الذين يعاونون من المرض المزمن وقد تحصل على نتائج مقبولة. (المرجع السابق: 2009: 63).

### 2-2-2-7- دراسة ( هوارد كين دال Howard & Kendall 1996) حول العلاج المعرفي السلوكي الأسري للطفل القلق

حيث قام بدراسة الاستراتيجيات العامة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الأسري للطفل القلق والذي يهدف إلى زيادة قدرة الطفل على ملاحظة ردود الأفعال القلقة والأفكار المعرفية المرتبطة بالقلق واستخدام إجراءات الاسترخاء والواجبات المنزلية والنمذجة، ولعب الدور، والتعرض في الواقع والخيال للمواقف المثيرة للقلق، حيث يتكون هذا البرنامج من ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها (80،60) دقيقة، ركزت الجلسات النهائية الأولى على تقديم مفاهيم القلق وأعراضه لدى الأطفال وأهداف هذا البرنامج تم تعديل الحديث الذاتي المثير للقلق، وأسلوب حل المشكلة والتدريب على الاسترخاء، بينما ركزت الجلسات النهائية المتبقية على الممارسة وتطبيق خطى التعامل مع القلق (المرجع السابق: 2009: 63)..

### 2-2-2-8- دراسة (إيسن وكارني Esen&Kearney 1995): حول تقنيات العلاج المعرفي عند الأطفال

حيث يتم في المرحلة الأولى تعريف الأفكار السيئة التوافق فيتعلم الطفل هنا أنه يستطيع تغيير السلوك المشكل الذي يعاني منه بتحديد الأفكار الخاطئة المتخمة به وفي المرحلة الثانية يتم تعليمه كيف يركز على جسمه وعليه كتابة معلومات يمكن الاستفادة منها أما في المرحلة الثالثة فيتم تنمية مهارة الإحساس بالمنير المسبب للمشكلة لديه فيتعلم الاسترخاء وفي المرحلة الرابعة يبدأ في تعليم مهارات التحكم الذاتي المتضمن ملاحظته وتقسيم مكافأة الذات وأسلوب حل المشكلة، وهي تلك الخطوات التي تساعد على التخلص من المشكلة (أسماء عبد الله عطية مرجع سابق: 2009: 92)

## 2-2-2-9- دراسة (ستراس Strauss (1988) حول العلاج المعرفي السلوكي للأطفال ذوي اضطرابات القلق

فتحدث عن بعض الفنيات المستخدمة والتي يمكن تدريب الأطفال القلقين عليها كفنية الاسترخاء وتصريحات الذات الإيجابية، والتحكم المعرفي، إضافة إلى أسلوب حل المشكلة، والتعزيز المشروط، والنمذجة، ويرى كل من (كيندال وآخرين) بأن هناك مهارات متنوعة فعالة للتعامل والتحكم في القلق كمهارات التعامل، والاسترخاء، والتخيل، ومكافأة الذات، وتعديل الإفصاح الذاتي كفنيات معرفية، تم لعب الدور التعرض كفنيات سلوكية يتم تقديمها في البرامج المعرفية السلوكية لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي تهدف إلى تدريب الطفل على بعض المهارات اللازمة للتعامل مع القلق، حيث يتضمن البرنامج ستة عشر جلسة. (المرجع السابق: 65)

## 2-2-2-10- دراسة (رونان Ronen (1997) : حول حل المشكلة المعرفية

قد استخدم مع الأطفال بنجاح في بداية (1997) بواسطة (سبي واك وشاري Spwack&Schure)، الذين طور سلسلة مهارات حل المشكلة المعرفية المرتبطة مع سوء التوافق السلوكي وتتضمن الحساسية لمشكلات، والتفكير السيئ والرغبة في معرفة نتائج السلوك والقدرة على إظهار وتوليد حلول ممكنة، ثم الوصول إلى الأهداف الخاصة خطوة خطوة، ويستطيع الأطفال تعلم حل المشكلة عن طريق الواجبات المنزلية، ومن ثم يستطيعون تطبيقها في حياتهم الشخصية، (أسماء عبد الله عطية مرجع سابق 2009: 93).

## 2-2-2-11- دراسة (ولب Wolpe (1958) حول العلاج النفسي

الذي وسع هذه الأعمال وصاغ إجراء التحصين التدريجي المنظم وتعد قدم Wolpe طريقته في العلاج النفسي حين كان يعمل ضابط طبيبا بعد أن لاحظ أن التحليل النفسي غير مقبول في روسيا وأدرك أن السبب يرجع إلى دراسات (Pavlov، وهل Hull، باتر ستون 1981) ويلخص طريقته على النحو التالي إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن من شأن هذه الاستجابة المتعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له إلى أن يبدأ القلق في التناقض ثم في الاختفاء التام بعد ذلك (المرجع السابق 2009: 95).

2-2-3- بحوث ودراسات تتعلق بعلاقة المرض العضوي بالاكْتئاب:

2-2-3-1- (دراسة كرسْتين وآخرون 1994 KIRSTEIN ET AL): حول المرض العضوي والانتحار

فقد أوضحت أن وجود المرض العضوي يرتبط دائماً بزيادة درجة الأقدام على الانتحار مثل مرض الصرع وتصلب الشرايين، ومرض السكر المعتمد على الأنسولين، ومن خلال دراستهم سنة 1982 بعد فترة متابعة 168 رجل مريض بالسكر توفوا منهم 12 حالة انتحار، ثلاثة مرضى استخدموا الأنسولين كوسيلة للانتحار، وأربعة مرضى إستخدموا الوسائل العنيفة، وخمسة مرضى استخدموا السموم وقبل انتحارهم فإن كثيراً منهم عبروا عن رغبتهم في الانتحار وظهرت عليهم علامات الاكْتئاب (KIRSTEIN ET AL 1994 P 210).

2-2-3-2- (دراسة كوكس وآخرون 1987 COX ET AL): حول أعراض انخفاض السكر في الدم

إن انخفاض جلوكوز الدم من الممكن أن يؤدي إلى أعراض كرهية بالنسبة له سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية فانخفاض جلوكوز الدم يحتوي على أعراض فسيولوجية مثل الشعور بالجوع، والإحساس بالتعب، وصعوبة المشي، وتعذر القيام بالحركات الدقيقة وبالتالي يكون المريض في خوف دائم من حدوث هذا الانخفاض وأن هذا الانخفاض قد يؤدي إما إلى إنكار هذه الأعراض أو الجهاد بنشاط ضد انخفاض جلوكوز الدم.

(danial cox et al 1994 P 407)

2-2-3-3- (دراسة ديلميتير وآخرون 1993 Delmater): حول الضغوط النفسية

وأثرها على المرض العضوي:

أن هناك علاقة مهمة بين ضغوط الحياة وضعف التمثيل العضوي عند المراهقين ويفترض أن الضغوط تؤثر على عملية التمثيل العضوي فإن التدخلات العلاجية سوف تقلل من الضغط وتحسن من مستوى التمثيل العضوي (ديلميتير وآخرون 1993 Delmater et al).

2-2-3-4- (دراسة ليود وآخرون 1992 Liyod. Et all): حول دراسة العوامل النفس اجتماعية وعلاقتها بمضاعفات مرض السكر

وجد لليود وآخرون أن المرضى أصحاب المضاعفات في الأوعية الدموية وإضطرابات الرؤية الناتجة عن المرض أظهروا ضعف في الاستمتاع بالحياة مقارنة بهؤلاء الذين لا يعانون من أي مضاعفات أيضاً المرضى الذين لديهم مضاعفات في الأوعية الدموية أظهروا أعراضاً أكثر للاكتئاب والأعراض العالية لدرجة الاكتئاب ارتبطت بوجود مايزيد أو يساوي أربعة مضاعفات وكان الاستنتاج أن وجود عوامل نفس اجتماعية تختلف طبقاً لعدد ونمط وجود مضاعفات لمرض السكر (Lloyd et al 1992P166).

### 2-2-3-5- (دراسة لستمان وآخرون 1988 'Lustman): حول الاكتئاب ومرض السكر.

وقد تتبع انتشار الاكتئاب لدى 37 من مرضى السكر لمدة خمس سنوات وعند التقييم الأول وجد 28 مريض (76%) مصابون بالاكتئاب طبقاً لمعايير DSM III وفي عمليات المتابعة مر حوالي 18 مريضاً (64%) من 28 مريض سابقين يحدث الاكتئاب الضار خلال السنة السالفة للمتابعة ولت 18 مريض (64%) من 28 مريض السابقين يحدث الاكتئاب الضار خلال السنة السابقة للمتابعة ولـ 18 مريض مصابون بالاكتئاب المتكرر وجد أن لديهم درجة عالية من الأحداث الكئيبة لمدة خمس سنوات وقد حقق أربعة مرضى إضافيين معايير الاضطراب ليصل عددهم إلى 22 مريض (69%) من العدد الإجمالي للمرضى المصابين بالسكر أثناء فترة الخمس سنوات. (Lustman et al 1988 P605)

### 2-2-3-6- (كارولين روبنسون وآخرون 1983 Carolyn Robinson): حول

المشكلات التي تواجه الأمهات في التعامل مع أبنائهم المصابين بالسكر

واتضح وجود مشكلات عديدة في هذا الخصوص مثل الغداء اليومي واختبارات البول وحقن الأنسولين والتحكم في السكر ونسب الهيموجلوبين، وانتظام الأنشطة اليومية والمساعدة والتشجيع الاجتماعي وأن أكثر الأبعاد إثارة للمشكلات كان اهتمامات المستقبل والتحكم في السكر تليها مباشرة حقن الأنسولين، والغداء اليومي واختبارات البول وكان هناك بعدين مرتبطين بالعمر وهما نقص السكر، إمكانية الحصول على مساعدة وهذا يوضح أنه كلما كان المريض أصغر سناً كلما ازداد اهتمام الأم في التعامل مع هاذيين البعدين أيضاً كان هناك ارتباط سالب بين حقن الأنسولين وفترة تأثير المرض. (Carolin Robinson 1983P 548)

**2-2-3-7- (دراسة أك وآخرون 1961 Ach et al): حول مرض السكر وتأثيره على الذكاء**

إن العمر في بداية الإصابة بمرض السكر له تأثيراً قوي على نسبة الذكاء فالأطفال الذين أصيبوا بالمرض قبل سن 5 سنوات كانت درجاتهم أقل من الآخرين بعشرة درجات في المتوسط وعلى العكس كان هناك 25 طفل تم تشخيص المرض لديهم بعد 5 سنوات وكان أدائهم مثل الآخرين ولم يجد الباحثون نفس النتائج (Rovet et al 1993 P8).

**2-2-3-8- (دراسة أرفان وآخرون 1992 Irvane al): حول دراسة العلاقة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم وبعض الأعراض السلوكية والفسولوجية لدى عينة من مرض النمط الأول**

حيث وجد الباحثون أن الانفعالات الناتجة تتراوح من عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر ووجد أن هناك علاقة دالة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم والضغوط النفسية وخبرة نقص الجلوكوز ولكنهم لم يجدوا ارتباطاً بين الخوف من نقص الجلوكوز.

( Irvane1992 P 135)

**2-2-3-9- (دراسة بات ليرك 1981 Pateleark): حول مرض السكري والمراهق وأن هذا المرض يمد المراهق المصاب به بسلاح للهروب من المواجهات سواء بأخذ أنسولين زائد أو عدم تناول الوجبات أو عدم الحقن في المواعيد وذلك كله بسبب نتائج درامية وسريعة و التي ركز الاهتمام على المريض، وتجذب إليه الشفقة والتعاطف وهذا التأثير في الآخرين ينعكس في ظهور التوتر بين الوالدين والضغط المستمر الذي يؤثر في تحكم مريض السكري**

. (Pateleark 1981 P 64)

**2-3- تعقيب على الدراسات السابقة:**

أكدت معظم الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية أهمية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج الاكتئاب وكان أهمها دراسة (صلاح محمد 1991) حيث تم التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي من خلال تصميمه برنامجاً علاجياً وتطبيقه على أربعة مجموعات

بهدف قياس فاعليته قبلي وبعدي. وكذلك دراسات كل من (راش وزملائه 1988) و(بيك وآخرين 1985) و(بلاك بورن وبيشوب 1983) و(دوربيز وآخرين 1999) التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي من خلال مقارنته بالعلاج الدوائي، أو من خلال مقارنته بأنواع من العلاجات النفسية الأخرى كدراسة (شاو 1977) ودراسة (فافا وآخرين 1994).

كما امتدت فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي لتشمل اضطرابات أخرى غير الاكتئاب كدراسة (جنان أبو عليان 1994) ودراسة (باتليز- سويتس وآخرين 2001).

لم تكن الدراسات السابقة بدراسة فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية فقط، بل اهتمت بالمحافظة على تحسن هذه الأعراض أيضاً، أي الإقلاق من معدل الانتكاس، وظهر ذلك من خلال فترة المتابعة كما في دراسة (صلاح محمد)، المتابعة بعد شهرين ودراسة (راش وآخرين) ودراسة (شاو وآخرين) ودراسة (ميرسه وآخرين 1992) ودراسة (فافا وآخرين 1994) ودراسة (مينيسوتا 1996).

من خلال الدراسات المسحية للدراسات السابقة حول الأثر بين متغيرات الدراسة الحالية (البرنامج المعرفي السلوكي ومرض السكر). يمكن ملاحظة أوجه الاتفاق والاختلاف في أساليبها وتقنياتها ونتائجها ومجال دراستها.

هناك من الدراسات كان مجال بحثها حول المرض العضوي وعلاقته بالمرض النفسي كما هو في الدراسة الحالية من بين هذه الدراسات:

دراسة (كرستن وآخرون Kirstein et al 1994) حول مرض السكر والانتحار ودراسة ماجدة خميس 1992 حول وجود علاقة بين مستوى القلق والإصابة ببعض الأمراض العضوية ومن بينها السكري.

ودراسة (ليود وآخرون 1992) حول دراسة العوامل النفسية والاجتماعية وعلاقتها بمضاعفات مرض السكر.... الخ.

- دراسة (كارولين روبنسون وآخرون) حول المشكلات التي تواجه الأمهات في تعاملهم مع أبنائهم المصابين بالسكر.

ودراسات أخرى قد تناولت بالدراسة المتغير الثاني هو البرنامج المعرفي السلوكي



ومن بين هذه الدراسات:

- دراسة (فرانس وبيدل **Francis Biedel 1992**) بعنوان برنامج الدمج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة.

- وفي دراسة (جنسبرجوسيلفرمانوكارتس **1995**) قام بدراسة أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية في البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي المقدم للأطفال ذوي اضطرابات القلق.

- دراسة هوا راد كين دال **Howard & Kendall 1996** قام بدراسة الاستراتيجيات العامة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الأسري للطفل القلق... الخ.

وخلاصة ما يمكن استنتاجه من هذه الدراسة المسحية لتطور المناهج والبحوث أنه لا توجد دراسات انفردت بدراسة وتطبيق برنامج معرفي على المراهقين السكريين هذا ما دفع بالباحثة لإجراء هذه الدراسة الراهنة وخاصة هذه النتائج داخل البيئة الجزائرية.

وخلال عرض هذه الدراسات السابقة وجدت الباحثة أهم خصائص العينات المستخدمة فيها فمعظم الدراسات حول مرحلة المراهقة وهي غالبا تكون فئات مصابة بالنمط الأول Type1 من المرض أي السكر المعتمد على الأنسولين وبالتالي فمعظم العينات من متعاطي الأنسولين بما يحمله ذلك من دلالات نفسية ولم يخرج عن هذا الأمر إلا دراسة **James 1993** التي أجريت على مرض النمط الثاني TYPE II وهم مرضى السكر غير المعتمد على الأنسولين وتراوحت أعمارهم في كل الدراسات بين سبع سنوات كأقل عمر وجدت الباحثة، ثمانية عشر عاما، وقد استخدمت معظم الدراسات عينات من الذكور والإناث باستثناء دراسة (دونالد **Donald 1983**) (قام **K. vam 1993**)، (جيمس **James 1993**) ، ومعظم هذه الدراسات لم تقم بعملية المجانسة بين أفراد العينة باستثناء (كارين **Karin 1983**، ديلميتز وآخرون **1993** **Delemter**) و استخدام المنهج التجريبي وقد اهتمت معظم الدراسات ببيان فترة الإصابة أو السن بالإضافة إلى توضيح ما إذا كانت أفراد العينة يعانون من مضاعفات عضوية أو نفسية تسبب المرض فقد وجد (أوريون وآخرون **Oryen 1994**) ضعف في التمثيل العضوي، وجد (دونالد أو **Donald ou 1983**) ضعف في التمثيل العضوي وحالات نفسية متكررة.

أما فيما يخص الأدوات فقد وجدت الباحثة أن غالبية الباحثين قاموا بتطوير أدوات ثلاثم طبيعة المرض، فقد قام (رونالد، جاتيس 1992 Ronald & Janesh) بتطوير مقياسين للبروفيل النفسي والبروفيل التعليمي لمرض السكر وقام (جروشن وآخرون Gross et all 1983) بتطوير أداة لقياس الخلل الاجتماعي النوعي لدى المراهقين مرضى السكر وطورت (كارين 1983 Karen) مقياس الذاتي لمرض السكر وقام (ديلمير وآخرون Delamor et all) بتطوير مقياس ضغوط مرض السكر واستخدام أيضا مقياس للكفاءة الذاتية خاص بمرض السكر طوره (هيلدرث 1987 Hilderth) وقد اتفقت معظم الدراسات على أن التحسن الملحوظ في علاج المرض بأساليب نفسية، إنما يكون في الجوانب النفسية له وإن كان هناك تحسن عضوي فهو ناتج عن تقليل المواقف الضاغطة الناتجة عن الإصابة بالمرض.

ومجمل القول أن الدراسات السابقة كشفت عن تباين النتائج في تناولها لبعض المتغيرات وهذا راجع إلى الاختلاف في طريقة تناول وتنوع الأدوات والوسائل، والمناهج، وفي ضبطها للمتغيرات المرتبطة بها ومن جهة أخرى نجد قلة الدراسات التي ركزت على متغير البرامج المعرفية بشكل أساسي وربطه بمتغير مرض السكر عند المراهقين ومن تم كان مبرر هذه الدراسة من حيث هي تناول جديد لدراسة أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأمراض النفسية لدى مرضى المراهقين السكريين في ظروف بيئية ومنهج وأداة خاصة وهو ما سنوضحه من خلال الدراسة.

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في:

1- التعرف على الأساليب المختلفة للعلاج المعرفي مثل العلاج الذاتي عند ريم، أو العلاج العقلاني الانفعالي لدى إليس، أو العلاج المعرفي السلوكي عند بيك وذلك بهدف التوليف فيما بينها بما يناسب الاختلاف البيئي والحضاري بين المجتمعات وانعكاساته على البنى المعرفية عند الأشخاص.

2- التعرف على الأسس النفسية التي بنيت عليها البرامج العلاجية التي استخدمت في الأبحاث السابقة وكذلك إجراءات تطبيق البرامج ومراحلها، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.

3-الإطلاع على الخلفية النظرية والمنهجية للبرامج المستخدمة في البحوث السابقة، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.

#### 2-4- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال ما تم ذكره من الدراسات والبحوث يمكن القول:

1- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث أهمية العلاج المعرفي السلوكي

في علاج الاكتئاب عند مرضى البسيكوسوماييك(المراهقين السكريين)

2- قلة عدد الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج المعرفي وذلك مقارنة بكثرة عدد الأبحاث

والدراسات الأجنبية للعلاج المعرفي سواء أكانت للاكتئاب أم لغيره من الاضطرابات

النفسية هذا ما دفع الباحثة إلى التطرق لهذا العلاج داخل البيئة الجزائرية.

3- ذكرت معظم الدراسات العربية (في حدود علم الباحثة) العلاج المعرفي - السلوكي

بالشكل العام بوصفها طريقة علاجية، ولم يتم التطرق إلى توضيح أو تفصيل لتقنيات

هذا العلاج، وكيف تمت تطبيقاتها على المتعالجين.

4-في ضوء الدراسات السابقة استفادت الباحثة في إعداد البرنامج العلاجي المقترح، وبذلك

تميز هذا البحث عن غيره من الأبحاث بما يلي:

1- إعداد برنامج علاجي معرفي - سلوكي مطور.

2- اهتم هذا البحث اهتماماً أساسياً بوضع مخطط خاص بكل جلسة علاجية توضح

محتوى الجلسة العلاجية حتى تكون الإستفادة شاملة للجميع.

3- اهتم هذا البحث بتوضيح استخدام التقنيات المعرفية-السلوكية المطبقة على المتعالجين.

4- اهتم هذا البحث بتوضيح استخدام التغذية الراجعة للتقنيات المعرفية-السلوكية.

5-يمكن اعتبار هذا البحث خطوة أولى تجريبية في مجال إعداد البرامج المعرفية-

السلوكية - وفق الوضعيات المحلية - لأكثر الاضطرابات شيوعاً (الاكتئاب)، إذ ليس

هناك (بحدود علم الباحثة) دراسات محلية منها تناولت العلاج المعرفي-السلوكي بهذا

التوضيح والتفصيل.



# الفصل الثالث

## 3- الجوانب العضوية لمرض السكر

### أعراضه، مضاعفاته، أنماطه

تمهيد:

3-1- مفهوم مرض السكر

3-2- أعراض السكر

3-3- التصنيفات المختلفة لمرض السكر

3-4- مضاعفات مرض السكر

3-5- مرض السكر في الجزائر

3-6- مرض السكر والاعتاب

**تمهيد:**

لاشك أن البعد العضوي لمرض السكري أهميته في بناء أية إستراتيجية للعلاج دوائية أو نفسية ذلك أن مجمل الدراسات السيكوسوماتية مثلا كدراسة ( دراسة ضيائي حسين 1987): حول المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكر تؤكد ثنائية المرض (أي ارتباط البعد العضوي والبعد النفسي) وأن المريض هو حالة متميزة، فعند وضع إستراتيجية لعلاج الاكتئاب لشخص ما مثلا، فإن هذا الاكتئاب يوجد في حالة ووضعية خاصة، يقتضي من الباحث أو المعالج معرفته كحالة كلية بما فيها المعرفة ببعض الجوانب العضوية المرتبطة بصفة مباشرة بالإكتئاب كدراسة راش وآخرين (Rush et.al 1977). ووضع إستراتيجية علاجية نفس معرفية لمرض السكري فيجب الإلمام بالحالة وبالأبعاد العضوية للمرض، وأن تجاهل الجانب العضوي من المرض كدراسة إرفان وآخرون (Irvine et al 1992) في إعداد الإستراتيجيات السيكلوجية المكتملة للعلاج الدوائي يمكن أن يتسبب ذلك في نقص يظهر في بناء الإستراتيجية ذاتها.

وعليه سوف تتناول الباحثة في هذا الفصل بعض الجوانب العضوية للمرض مثل: أسبابه، وأعراضه، ومضاعفاته، وأنماطه بالإضافة إلى ردود الفعل النفسية للمرض من خلال عرض لنتائج بعض الدراسات، ثم تنتقل الباحثة إلى أسس استخدامه و فنياته.

**3-1- مفهوم مرض السكري :**

ويعرف على أنه هو حالة زيادة نسبة السكر في الدم (أي تركيز زائد للجلوكوز في الدم) الذي ينتج عن العديد من العوامل الوراثية المرتبطة بالبيئة ( Pierre jean 2003p13).

إذن فالسكر هو مرض إستقلابي كما يراه آخرون يتجلى في هبوط مزمن للسكر في الدم والذي ينتج عنه اختلال في إفراز الأنسولين، أي اختلال في عمل الأنسولين على مستوى الأنسجة ( André Grimaldi 2005p3) ومرض السكر من أهم وأشهر أمراض الغدد الصماء، متعدد الأسباب والوضعيات، فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات وبنائها، مما يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز، إما بسبب نقص مطلق في إفراز الأنسولين، أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما. أو ينشأ المرض عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين في الدم، ومن ثم تزيد نسبة السكر في الدم. أو ينشأ المرض بفعل إفراز هرمون الثيروكسين أو هرمون النمو في الغدة النخامية، أو هرمونات قشرة الأدرينالين،

ويزداد إفراز الأنسولين في حالة تورم جزر لانجر هانز، مما يؤدي إلى هبوط سريع في نسبة السكر للدم. Hypoglycemia والجهاز العصبي، وخاصة المخ . يعتمد في وقوده وغذائه على نسبة السكر بالدم (الجلوكوز) . ومن أعراضه نقص الجلوكوز، الشعور بالجوع والإحساس بالبرد، ويصبح المريض قلقاً مهموماً سريع التهيج، وسلوكه يكون شبيهاً بسلوك المعتوه، والمخمور، وأحياناً يصاب الفرد بتشنجات صرعية تنتهي بوقوعه في غيبوبة عميقة تؤدي إلى وفاته إذا لم يعالج فوراً بحقن الجلوكوز المركز في الوريد. (أحمد عكاشة، 1982:143).

أما الحالة العكسية وهي المتجلية في ارتفاع السكر في الدم Hyperglycémie فهي فتشخص على أنها زيادة نسبة السكر في الدم عن التركيز العادي، ويكون تأثيرها أقل خطراً على الجهاز العصبي ووظائف الخلايا عادة، إلا أنها مع ذلك تؤدي في حالة زيادة السكر في الدم بشكل واضح عن المعتاد، إلى اضطراب عملية الأيض واختلال نظامها على نطاق واسع، فإذا وصل السكر بالدم إلى (8;1 غم) فإن السكر الزائد يفرز في البول، وتذهب معه كميات كبيرة من الماء، وغيرها من التكوينات العضوية وغير العضوية، التي تدخل في تكوين بلازما الدم الضرورية للحياة، فإذا طالت مدة ارتفاع السكر بالدم ظهرت أعراض مرض السكر Diabètes، وازدياد إفراز الأدرينالين مع الانفعالات العنيفة من القلق، والتوجس المستمر، وهو ما يجهد كل من الكبد والبنكرياس لإفراز مزيد من الأنسولين، وفي نفس الوقت يسبب إجهاد الكبد حتى يقوم بمزيد من الجهد لامتصاص السكر الزائد عن حاجة الجسم، والذي لم يستنفذ في جهد أو استغلال طاقة. (محمد الطيب، عبد المنصف غازي، 1984: 84)

ويعرف مرض السكر عن طريق عرض أساسي هو هبوط السكر المزمن في الدم ، أما إكلينيكيًا هو تسرب السكر في البول (البول السكري) يؤدي إلى كثرة التبول وهو مسئول عن الإحساس بالعطش وكثرة الإستقلاب القاعدي وفقدان الطاقة، مسؤولة عن نقص الوزن بالرغم من الأكل العادي. ( André Grimaldi 2005p2 )

ومن خلال ما تقدم فمرض السكر إذن هو خلل في إفراز البنكرياس - الغدة الصماء الرئيسية- والتي تفرز هرمون الأنسولين، والذي يصب عن طريق قناة في الأمعاء الدقيقة مكوناً أنزيمات مساعدة لعملية الهضم والأجزاء الداخلية من البنكرياس والخلايا المتخصصة في إفراز هذا الهرمون، تعرف باسم "جزر لانجر هانز"، هذا ويحتوي البنكرياس السليم على 100

ألف من الجزيئات الصغيرة المصنعة للأنسولين، ومن عجائب الخالق أن الخلايا ضمن هذه الجزيرة تستطيع أن تقيس السكر في الدم بصورة مذهشة تمكنها من أن تدرك متى يجب أن تفرز الأنسولين، وماهي الكمية المطلوبة منه، وتكون وظيفة الأنسولين، ضبط مستوى السكر في الدم، وفي حالة عجز الإفراز لأسباب مرضية في البنكرياس، يصاب الشخص بمرض السكر. Diabètes.

### 3-2- أعراض مرض السكر:

غالباً ما يتولد مرض السكر ببطء ويتسلل خفية دون أن يشعر المصاب بأية إنذارات مميزة أو أعراض بارزة، وهو أشبه ما يكون باللص يتسلل دون ضجة، وتختلف العلامات المميزة للمرض من حيث ظهورها، فهي إما أن تكون حادة وتحدث خلال أيام أو أقل حدة وتحدث خلال أسابيع أو بداية متدرجة، وتحدث خلال شهور أو حتى سنين. (مغازى محجوب، 1996: 11) وميزت التشخيصات الإكلينيكية نوعين منه عرفا بالنمط الأول المعتمد على الأنسولين، والنمط الثاني غير المعتمد على الأنسولين وسيأتي بيان ذلك.

وتحدث البداية الحادة في كثير من حالات النمط الأول Type I تقريباً، وفي قليل من حالات النمط الثاني Type II خاصة في الحالات المسبوقة بانفعال حاد، أو إحدى المضاعفات الحادة، والبداية الحادة في هذه الحالات، قد تكون بظهور العطش الشديد والبول الغزير، وعند صغار السن كثيراً ما تظهر الأعراض لأول مرة على هيئة تبول لا إرادي أثناء اليوم، وكثيراً ما تكون البداية الحادة مصحوبة بظهور "الأسيتون" في مرضى النمط الأول وظهور غيبوبة السكر لأول مرة دون سابق إنذار. (محمد صلاح الدين إبراهيم، 1993: 46).

**أما** البداية المتدرجة وتظهر فيها الأعراض ببطء خلال عدة شهور بدرجة يسيرة لا تلفت النظر إليها إلا بعد مرور وقت ليس بالقصير والبداية المتدرجة هي المميزة لمرض النمط الثاني Type II. (المرجع السابق: 47)

وتتمثل أهم الأعراض المميزة لمرض السكر، في انخفاض الوزن، وذلك بسبب ما يهدر من طاقة عن طريق الجلوكوز المطروح خارجاً من البول، وقد يصبح النهم والرغبة الشديدة للطعام، عرضاً بارزاً، أو الوهن والتعب كذلك بارزة بسبب تعثر دخول الجلوكوز إلى الخلايا، وبالتالي افتقارها إلى الطاقة فتنتاب المريض مشاعر الإرهاق السريع، والتعب أو العطش غير



المعتاد في الفم، والحلق، وزيادة كمية البول عن المعتاد، وكثرة التبول أثناء الليل. (مغازي محجوب مرجع سابق، 1996: 12).

هناك من يرى بأنه من بين الأعراض الأساسية لمرض السكر التبول الشديد، الإحساس بالعطش، الرغبة في التقيء، آلام البطن، الزغلة في النظر، ويمكن أن يكون داء السكري بدون أعراض إكلينيكية (André Grimaldi 2005 p 134)

### 3-3- التصنيفات المختلفة لمرض السكر:

يصنف مرض السكر إلى مجموعتين رئيسيتين:

**3-3-1- مرض السكر الأولي:** أي الذي يحدث تلقائياً في الجسم بدون ارتباط بعلّة أخرى سابقة وهذه المجموعة تمثل غالبية مرض السكر.

**3-3-2- مرض السكر الثانوي:** أي الذي ينتج من علّة أخرى سابقة.

### 3-3-1- مرض السكر الأولي:

ينقسم بدوره إلى نوعين يختلفان في الأسباب، وفي كيفية حدوث المرض، ويتشابهان إلى حد بعيد في الأعراض والمضاعفات وهما:

**3-3-1-1- النمط الأول:** مرض السكر المعتمد على الأنسولين Type I أو Insulin dépendent diabète Mellitus (IDDM) ويبدأ في معظم الأحوال مع الأطفال والشباب، ولكنه يمكن أن يحدث في أي عمر، وغالباً العمر المتقدم، وسببه نقص في الأنسولين، فعند الشخص الطبيعي تصنع "جزر لانجر هانز" في كل وقت كمية الأنسولين المناسبة التي تصب في الدورة الدموية وتوزع في الجسم، وعند الإصابة بهذا النمط من السكري تصبح تلك الجزر عاجزة عن تصنيع الكمية اللازمة، حيث أنها تكون مدمرة جزئياً، مما ينتج عنه نقص في الأنسولين.

والأنسولين لا غنى عنه لاستمرار الحياة، فهو الذي ينظم استخدام الأغذية التي تمد جميع الخلايا بما يلزم من مواد لتكوينها، وتزويدها أيضاً بالطاقة اللازمة لاستمرار الحياة، فالأنسولين ينظم استعمال الجلوكوز بالسماح له بالمرور من الدم إلى الخلايا، وبالتالي ينخفض إلى مستواه المحدد، وفي الأحوال العادية عندما يرتفع مستوى السكر في الدم — بعد تناول الطعام — ويقوم

البنكرياس بإفراز كمية أكبر من الأنسولين في الدم، والعكس عندما ينخفض مستوى السكر في الدم (بين وجبتين) فإنه يقلل من إفراز هذه الكمية، وبالتالي فإنه في الأحوال العادية لا تكون نسبة السكر في الدم أبداً عالية أو منخفضة أكثر من اللازم، وينظم الأنسولين أيضاً وإلى حد كبير عملية التمثيل الغذائي للدهنيات والبروتينات، إذن فعندما يقل الأنسولين وإفرازه، يصاحب ذلك ارتفاع في نسبة السكر في الدم، وظهور السكر في البول، وتكسر الدهنيات بكثرة، وكذا البروتينات، وينقص الأنسولين بدرجات مختلفة حسب كل حالة، ويمكن أن يكون النقص كلياً فيؤدي إلى أعراض المرض، أما إذا كان النقص جزئياً، فإنه يؤدي إلى اضطرابات أقل خطورة في بادئ الأمر، إلا أنها تصبح خطيرة، إذا ما طرأت حالة، كالالتهاب أو عملية جراحية مثلاً يكون الجسم فيها في حاجة أكبر إلى الأنسولين، إذن فمرضى هذا النمط يعانون أساساً من نقص الأنسولين، لذلك يشار إليهم مرضى السكر المعتمد على الأنسولين *Insulin dépendent* (diabète Mellitus (IDDM) . (وزارة الشؤون الاجتماعية، ب، ت: 16)

### أسباب النمط الأول IDDM :

لكل مرض أسبابه ولكل نوع من أنواع المرض أسبابه الخاصة أيضاً . ولا يمكن تفسير المرض إلا بمعرفة أسبابه بدقة علمية، فالحالة المرضية مهما كان نوعها ودرجتها، إنما هي تشخيص وتحديد للأسباب وتصميم للعلاج ، فالسكري من حيث هو مرض يشخص إكلينيكيًا سعى الأطباء والمتخصصين لمعرفة أسبابه فأحصوا له جملة من الأسباب، ولكل نوع أسبابه المباشرة وفي ما يلي نذكر الأسباب التي تعد مباشرة للنوع الأول منه :

#### أ- الوراثة:

أظهرت الدراسات أن هناك ما يقرب من 10% من الصغار الذين يظهر لديهم مرض السكر يكون لديهم قريب أو أحد الوالدين يعاني من هذا المرض، في حين يوجد 1% فقط من مرضى السكري لا يعاني أحد من أقرائهم منه، وهكذا يكون العامل الوراثي من أبرز العوامل

في انتقال البول السكري، إلا أنه ليس العامل الوحيد من حيث أنه توجد نسبة من الصغار مصابين بالمرض ليس لديهم أقرباء مصابين. ( Arnold Bloom1982p12 )

إذن فهناك من يرى بأن السكر من النوع الأول فهو مرتبط بتحطيم خلايا لانجر هانس للبنكرياس ذات أصل مناعي يكون بسبب أو بدون سبب ظاهر. ( Pirrejean2003 p14 )

### ب- الالتهابات الفيروسية:

ثمة فيروسات متعددة مسؤولة عن حدوث الداء السكري، وخصوصاً لدى الأطفال، كفيروسات الغدة النكفية (Mumps) وداء الكوكساكي Coxakie ، والحصبة الألمانية، وقد يكون فيروس الكوكساكي مسؤل من الوجهة التجريبية عن تخريب جزر لانجر هانز، وثمة دراسات تشير إلى المكانة الهامة التي تشغلها الحصبة الألمانية الوراثية، حيث وجد أن 50% من الأطفال الذين أصيبوا بحصبة ألمانية وراثية تظهر عليهم الإصابة بداء السكري في مرحلة المراهقة. (مصطفى خياطي، 1990: 16).

### ج- الخلل المناعي:

قد تكون هناك آلية مناعية مسؤولة عن ظهور الداء السكري، ويحتمل أنها تؤثر بإحدى طريقتين: بطريقة مباشرة حيث يتمكن الفيروس من مهاجمة خلايا بيتا المفرزة للأنسولين وينجح في شل وظيفتها وتدميرها، وبطريقة غير مباشرة، حيث يتمكن الفيروس من الاتحاد بالشفرة الوراثية المختصة بالمناعة وتوجيه صنع الأجسام المضادة ضد الآفات الضارة التي تغزو الجسم، وعندئذ يتمكن الفيروس من خداع هذه الشفرة الوراثية وتوجيهها توجيه خاطئ، لصنع الأجسام المضادة داخل الخلايا المناعية، وللتصدي لخلايا بيتا المفرزة للأنسولين، بدلاً من التصدي لأعداء الجسم، وبذلك تشل وظيفتها، ثم تسبب تدميرها بعد ذلك بالاشتراك مع الخلايا المناعية المتخصصة في قتل الخلايا المعادية، ويمكن بالفعل اكتشاف هذه الأجسام المضادة المصنعة بوجه الخطأ ضد خلايا الأنسولين في دم معظم المصابين بالنمط الأول، وذلك خلال سنة ظهور أعراض المرض، ويشبه هذا العمل بتوجيه الصواريخ الدفاعية لضرب الأهداف القومية بدلاً من أهداف العدو، وعند تدمير خلايا بيتا المنتجة للأنسولين تنفرد الخلايا الملاصقة (خلايا ألفا المنتجة لهرمون الجلوكاجون بالعمل في غياب أو فقد الأنسولين وهي ذات

نشاط عكسي وتستطيع زيادة السكر في الدم زيادة كبيرة. (محمد صلاح الدين إبراهيم، مرجع سابق 34، 35).

### 3-1-3-2- النمط الثاني:

أحصى الدارسون المتخصصون، لهذا النوع من السكري غير المعتمدين على الأنسولين Non Insulin dépendent diabète Mellitus (NIDDM) Type II أسبابه المباشرة يستلزم لعمل الأنسولين وتأدية وظائفه في الجسم الخاصة من حيث أن حالته لا تتعلق بنقص في كمية الأنسولين بقدر ما تبدوا في مظهرين :

- مقاومة الجسم لعمل الأنسولين.

- تلوؤ البنكرياس في إفراز الأنسولين.

أن تكون خلايا الجسم حساسة لهذا العمل، بيد أنه في هذا النمط تصبح الخلايا أقل حساسية، فالأنسولين يفرز بصورة طبيعية، وأحياناً أكثر من الطبيعي وبنوعية جيدة، ولكن تأثيره على الجسم أقل، وحتى هذا التأثير – برغم قلته – يبقى كافياً لتفادي الاضطرابات الخاصة بالدهنيات والبروتينات، وبالتالي لا يوجد احتمال كبير لتكون الأستون وغيوبه السكر وفقدان الوزن، ولكنه في هذه الحالة لا يكون كافياً بالنسبة للسكريات واستعمالها بطريقة طبيعية، مما ينتج عنه إرتفاع في نسبة السكر في الدم، وظهوره في البول. ومن ناحية أخرى فإن "جزر لانجرهانز" في البنكرياس مع قدرتها على إنتاج الأنسولين، إلا أنها لاتفرزه في الدم إلا متأخراً، وبالتالي فإن إفراز البنكرياس –ومع أنه كاف – إلا أنه لا يواكب احتياجات اللحظة، مما يزيد ارتفاع السكر في الدم، لاسيما بعد الوجبات، ويشترك هذا العاملان في المريض الواحد بدرجات متفاوتة، ففي بعض الأحيان تكون المقاومة لعمل الأنسولين هي المهيمنة، وهو ما نلاحظه خصوصاً عند المرضى المصابين بالبدانة؛ إذ أن كثرة الخلايا الدهنية هي سبب مقاومة الأنسولين هو المسيطر، وهو ما يحدث للمرضى غير المصابين بالبدانة (وزارة الشؤون الاجتماعية، مرجع سابق: 18).

ولهذه الحالة والوضعية الوظيفية للأنسولين حدد الأخصائيون أسباب هذا النوع نردها

كالتالي :

## أسباب النمط الثاني NIDDM:

هناك عوامل داخلية متصلة بالخلل الوظيفي لإفراز الأنسولين بسبب تقاعس الخلايا المنتجة للأنسولين عن إطلاقه إلى الدم بالسرعة الكافية، أو ظهور ما يسمى بالمقاومة ضد عمل الأنسولين في الأنسجة، وبالتالي يفقد فاعليته في خفض منسوب السكر بالدم، وهناك أيضاً عوامل أخرى ظاهرة مثل:

## أ- السمنة:

حيث أوضح التقرير الثاني للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (WHO) عن مرض السكر، أن البدانة تعتبر أهم وأقوى العوامل المؤدية إلى مرض السكر غير المعتمد على الأنسولين، وقد وجد أن كمية أنسولين الدم تكون طبيعية في بادئ حدوث مرض السكر عند ذوي السمنة المفرطة، إذ أن الخلايا التي تفرز الأنسولين تكبر، ويزداد إفرازها، ويزداد تبعاً لذلك خزن المواد الدهنية، فإذا طال أجل صاحب السمنة المفرطة، ولم يحاول أن يخفض وزنه إلى الوزن السكر بالدم، فإنه سيحتاج بالضرورة إلى الأنسولين أو ماشابهه، ليعوض النقص الذي حدث له. (دائرة المعارف الطبية، مرجع سابق 11:1995).

ب- عمر الإنسان: فمن المسلم به طبقاً للإحصائيات في كثير من البلاد، أن نسبة حدوث السكر غير معتمد على الأنسولين، تزداد مع تقدم العمر حتى تبلغ الدروة بعد عمر الخمسين ولكن ما يزداد أكثر مع السن، ما يعرف الآن بضعف تحمل الجلوكوز (وهو تعبير يقصد به بأن الجسم لم يعد يستطيع التصرف الكيميائي في الجلوكوز وبالقدرة الطبيعية، فيرتفع منسوب السكر في الدم، ولكن ليس إلى درجة حدوث الأعراض والمضاعفات، أي أن الحادث هو حالة وسطى بين حالة طبيعية، وبين مرض السكر الواضح، ونسبة هؤلاء الأشخاص تبلغ أكثر من ضعفي مرضى السكر، وجزء ضئيل من هؤلاء هو الذي يتحول إلى مرضى السكر. (محمد صلاح الدين إبراهيم: 35)

## ج- الاضطرابات النفسية:

ويتأثر مرضى النمط الثاني Type II بالاضطرابات النفسية، حيث أظهرت الفحوص وجود اضطرابات في التمثيل الغذائي للجلوكوز، وأن نشأة المرض ترتبط غالباً بفترات من الضغط الانفعالي الشديد، وتؤكد الدراسات أن الإصابة النفسية تنشأ من حاجة المريض إلى

الاعتناء عندما يتعرض للرفض والحرمان من شخص عزيز، ووجد أن نسبة السكر ترتفع عندما يشعر المريض بالكراهية والاكنتاب، وأنها تصبح عادية عندما يشعر الفرد بأنه مقبول، ويجد الرعاية، هذه التغيرات الفسيولوجية تؤدي إلى زيادة الحامضية، وقد تؤدي إلى الغيبوبة، ولكن يجب ألا ننسى أن الدور الأول للاستعداد الوراثي، وأن دور هذه الاضطرابات هو التعجيل بظهور المرض. (موريس عطية، 1993: 24)

وقد أشارت الدراسات النفسية إلى أن الانتشار الواسع لهذا المرض الذي يعد من الأمراض المزمنة الفتاكة، والذي مست الإصابة به حسب إحصائيات 1958 أزيد من (25 مليون) في العالم، يجعل من العناية النفسية للمرض لا تقل أهمية عن العناية الطبية وهي جزء منها ولا **تتفصل عنها**، ذلك أن حالات القلق والتوتر والانفعالات الحادة والمزمنة، يعتبر من أهم العوامل المؤدية إلى ظهور مرض السكر أو المهيئة لظهوره، وذلك من خلال تأثير هذه الحالات من القلق والانفعالات المباشرة على الغدد الصماء، وزيادة إفراز بعض الهرمونات، مثل الأدرينالين الذي تزداد نسبته في الدم، وكذلك هرمون النمو في النخامية، وهرمون الغدد الدرقية، وتؤدي زيادة إفراز هذه الهرمونات في الدم، إلى زيادة امتصاص الأمعاء الدقيقة والأنسجة العضوية لمادة الكربوهيدرات، التي تقوم الخلايا الحمراء في الدم بأكسبتها، وبالتالي تفقد كمية من الأكسجين، مما يعرض هذه الخلايا إلى الاضطراب، و ذلك لتوفير هذه المادة للدم، كما أن نقص إفراز الهرمونات، يؤدي إلى ضعف درجة الامتصاص، لذلك فإن الانفعالات الحادة تزيد من جهد الكبد في إفراز مزيد من الجلوكوز، وهذا أيضاً يجهد البنكرياس لإفراز المزيد من الأنسولين أيضاً.

وقد أشار الطبيب النفسي (B.Wilson) في كتابه عن الطب السيكوسوماتي (1976) أن العلاقة بين مرضى السكر والعوامل النفسية علاقة وطيدة، ولهذا ينصح الأطباء جميع مرضى السكر بالإبتعاد عن الانفعالات (محمد خير الزراد، 2000: 389، 388).

### التداخل بين النمطين IDDM , NIDDM

يلاحظ وجود تداخل كبير بين نمطي مرض السكر، إذ أن اختيار حد للسن يكون فاصلاً بينهما وهو سن 30 عام هو حد ظاهري ومخادع في أحيان كثيرة، فمن المعلوم الآن أنه يوجد 15-20% من المرض بعد سن الأربعين ينتمون إلى النمط الأول Type I وحوالي 5% من

المرضى تحت سن الثلاثين ينتمون إلى النمط الثاني Type II غير المعتمد على الأنسولين لاحتفاظ البنكرياس وأهم الخصائص إكلينيكية المميزة لكل نوع:

• **مرض السكر النمط الأول المعتمد على الأنسولين IDDM Type I (السكر احداثي** البداية يبدأ عند الأحداث) نمط السكر إحداثي البداية سكر عرضه للكيتونية. **الخصائص الإكلينيكية:**

• يعتمد الأشخاص المصابين بهذا النمط على حقن الأنسولين لكي يحافظوا على الحياة، وبالرغم من أنه يمكن أن يكون هناك صور غير معتمدة على الأنسولين في التاريخ الطبيعي للمرضى وفي أكثر الحالات تكون البداية في سن الشباب، ولكن IDDM ممكن أن يحدث في أي سن.

• **النمط الثاني نمط غير معتمد على الأنسولين - لا يتميز بالبدانة - يتميز بالبدانة - Type NIDDM /II** سكر تحت بدايته في سن الرشد، سكر تحدث بدايته في سن النضج، سكر مقاوم للكيتونية.

**الخصائص الإكلينيكية:** يكون الأفراد في هذا النمط غير المعتمد على الأنسولين أو عرضة للكيتونية، بالرغم من أنهم يمكن أن يستخدموا الأنسولين لعلاج السكر في الدم، وهم يستطيعون أن يزيدوا نسبة الزيتونية تحت ظروف خاصة، مثل حوادث التلوث الميكروبي أو الضغوط وتكون البداية غالباً بعد عمر 40 عام ولكن NIDDM معروف بحدوثه عند كل الأعمار ومن حوالي 60: 90 % يتميز الأفراد في هذا النمط بالبدانة، وعند هؤلاء يعتدل الجلوكوز بفقدان الوزن.

• أنواع أخرى للسكر ترتبط ببعض الشروط والأعراض المتزامنة مثل: -مرض البنكرياس- الهرمونات-أسباب دوائية وكيميائية-شدوذ في مستقبلات الأنسولين-متزامنات جينية معينة- سكر عرضي (غير مكتشف عن أعراض يلحظها المريض نفسه) السكر الكيميائي- السكر الكامن.

## الخصائص الأكلينية:

مستويات الجلوكوز في درجة ما بين الطبيعي والسكري، بعض الدراسات أوضحت انتشار متزايد في أعراض المرض الشرياني، وشدوذ في رسم القلب الكهربائي، وسرعة التأثر الناتج عن المرض والخاص بتصلب الشرايين والمرتبط بعوامل معروفة، مثل ضغط الدم، مضاعفات السكر في الشبكية والكلية.

## • السكر الحملى GDM Gestational أثناء الحمل Diabetes

**الخصائص الأكلينية:** مقاومة الجلوكوز التي تكون بدايته أو التعرف عليه أثناء الحمل لذلك فمريضات السكر اللاتي يصبحن حوامل غير متضمنات في هذه الفئة.

## • غير القادرين سابقا على احتمال الجلوكوز

## • Previous Abnormality of glucose tolerance (pre AGT)

## السكر الكامن Latent diabetes ما قبل السكر Prediabetes

## 3-4- مضاعفات مرض السكر:

الحديث عن مضاعفات مرض السكر يؤكد ضرورة الاهتمام بحالة المريض، حتى لا يصاب أصلاً بهذه المضاعفات، إن هذه المضاعفات تمتد إلى العديد من أعضاء الجسم لتشكل خطراً كبيراً يهدد الصحة، ويهدد الحياة في بعض الحالات، وعلى الرغم من التطور الفعال في علاج الأمراض الوبائية في بعض القطار، إلا أننا نجد أن مرض السكر أصبح سبباً رئيسياً من أسباب الإعاقة، وسبب رئيسي لفقد البصر وعلى الرغم من أن 1/5 المرضى يظهرن مقاومة نسبية للمضاعفات الجسدية الدائمة لمرض السكر، فإن نسبة حدوث الفشل الكلوي تزيد لأكثر 23 مرة وعمليات البتر لأكثر من 16 مرة ونسبة حدوث الإصابات في أوعية المخ وحدث الذبحة التاجية تصل إلى الضعف، وتتحدد كل مرحلة من مراحل التعايش مع مرض السكر من خلال ظروف الفرد الراهنة ومن خلال مشاعره، ومفهومة عن الخبرات السابقة، وقد توصلت الدراسات التي أجريت على مرضى السكر، أن المرضى الذين يتعايشون مع المضاعفات هم ذوي الدخل المناسب، والمساندة الاجتماعية الفعالة، ويكونون أعضاء في جماعات لا تألوا جهداً في مساعدتهم، ولا يعانون من الحساسية المفرطة، بالإضافة إلى قدرتهم على مقاومة الضغوط،



ولديهم اهتمام كبير بالحياة ورغبة في تحمل المسؤولية، وعلى أية حال فوجود المضاعفات الجسدية يعكس بعض ردود الفعل النفسية، حيث يبدأ المريض-خاصة صغار السن-في استنزاف موارد العائلية وفي بعض الأحيان يرفض التورط في نشاطات مرهقة مؤثراً العزلة.

( David Macrea1986p199)

### 3-4-1- مرض السكر والعين:

فمن مرضى السكر والعين أو ما يسمى *La rétinopathie* وهي تصيب أكثر من 95% لمرض السكر الغير معتمدين على الأنسولين أي النمط الأول (أندري قريما لدي A.Grimaldi مرجع سابق 38: 1995).

قد يكون من المثير للدهشة أن ليس هناك مرض عام يصيب كل أجزاء العين، وبهذه الوحشية مثلما يفعل مرض السكر، فهو يؤثر على أجزاء العين المختلفة مثل:

- الجفون: ترسبات دهنية والتهابات ودمامل متكررة.
- الملتحمة: احتقان دائم نتيجة ظهور أو عية دموية مستحدثة بها.
- شلل مؤقت بالقرنية مما يمهد لحدوث قرحة بها.
- إرتفاع ضغط العين يؤدي في أحيان كثيرة لفقد البصر.
- أما الشبكية وهي أخطر وأهم هذه الأجزاء التي يحدث فيها مضاعفات فقد يحدث فيها تورم ونزيف شبكي وتكون أغشية أمام الشبكية وانفصال شبكي. (سمير سعيد شبل، 1994: 56).

والاهتزاز في حدة الأبصار يعوق القدرة على التكيف النفسي، وقد وصف (فيتز جيرالد **Fitzgerald 1971**) المظاهر النفسية لضعف الأبصار عند مرضى السكر والتي تشمل إنكار مظاهر العمى، والأوهام البصرية ولاحظ أن ردود الأفعال الداخلية لضعف البصر تشمل الاكتئاب، والانطواء، والآلام العضوية وقلة النوم والخجل ولوم النفس، وأنه يوجد في 3/4 من أصيبوا حديثاً بضعف الأبصار، لدى مرضى السكر تثير مشاعر الحزن والغضب والندم لديهم. (Fitzgerald 1980 p1533).

## 2-4-3- مضاعفات الكلية:

إن اختلال الكلية الناتج عن مرضى السكر أو ما يسمى La Néphropathie هو نفسه ناتج عن إصابة الأوعية الدموية الصغيرة، بسبب المرض وبصفة خاصة الشعيرات الدموية داخل الكلية وتحدث إصابة الكلية (المصاحبة لمرض السكر) وتتطور ببطء شديد بدون التسبب في أية اضطرابات لعدة سنوات، ويتم اكتشاف أو علامة تشير إلى وجودها بواسطة تحليل البول، حيث يتبين وجود بروتين في البول خصوصاً في الزلال ولهذا أطلق على هذه الحالة زلال في البول. (مغازى محجوب، 1989: 58)

ولهذا فإن كل مرضى السكر من النوع الأول الذين لا يهتمون بمرضهم معرضون لاختلال عمل الكلية أي مضاعفات الكلية (André Grimaladi 2005p556)

### مضاعفات القلب والأوعية الدموية: Facteur de risqua Cardiovasculaire chez le diabétique

مريض السكر أكثر من غيره عرضة للإصابة بجلطة الشريان التاجي سواء كان ذكراً أم أنثى، علماً بأن الأنثى نادراً ما تصاب بمثل هذا النوع، إلا إذا كانت مصابة بارتفاع في ضغط الدم وخاصة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث، ومن العجيب أن هذا الانسداد قد يحدث دون الألم المعروف في قفص الصدر الأمامي، وقد أرجع الأطباء ذلك إلى فقدان الإحساس بالألم لالتهاب الأعصاب التي تأتي من القلب، ومن النادر أن تكون الجلطة الأولى قاتلة، ولكنها قابلة للتكرار أكثر من مرة وتزداد نسبة خطورة حدوثها، كلما تكررت، ويمكن حدوث جلطة القلب بدون ألم، ومن المحبذ في هذه الحالة أن يجري الأطباء رسم قلب كل 6 شهور. وتكون المضاعفات المؤثرة على عضلة القلب مؤلماً، ومحزنة للمريض الذي اعتاد أن يمارس وظيفته بنشاط كبير، وخاصة إذا كان في ريعان شبابه، وقد يساعد تذكر الحقائق الإيجابية، وتجاهل السلبية منها الكثير من المرضى على ممارسة الحياة وقد أوصى (ماكارى 1986) بتناول مريض الذبحة الصدرية للكميات الضرورية فقط من الغذاء اللازمة للأنشطة اليومية وأيضاً بضرورة علاج الاكتئاب النفسي، حيث ثبت أن مرض الاكتئاب الذين يصابون بالذبحة الصدرية يواجهون مشاكل كثيرة في العلاج. (David Macrea1986p200)

**3-4-3- السكر والأعصاب:**

يمكن لهذا الخلل أن يصيب نوعين من الأعصاب: النوع الذي يتحكم في انقباض العضلات وإحساس الجلد و إصابته تسمى اعتلال الأعصاب الطرفية، والنوع الذي يتحكم في مختلف الأعضاء وإصابته تؤدي إلى ما يسمى باعتلال الأعصاب الذاتية. (مغازي محجوب، 1996: 86)

ويمكن الوقاية من سكر الأعصاب أو La neuropathie diabétique عن طريق السيطرة الجيدة على جلوكوز الدم، وقد أثبت التجارب أن الأشخاص المصابين بالنوع الأول من السكر والذين يمارسون سيطرة محكمة على مستويات جلوكوز الدم، قد قللوا خطر إصابتهم بمرض إعتلال العصب بنسبة 60% (André Grimaladi 2005p593)

**3-4-4- السكر، والقدمين:**

تعتبر القدمان من أهم الأعضاء التي على مريض السكر أن يعتني بهما، ومن الأسباب الهامة لحدوث مضاعفات في القدمين هي قابلية القدمان لتصلب الشرايين خاصة عند كبار السن، كما أن الأقدام تتعرض دائماً للاصطدام بالأشياء سواء في المنزل أو العمل، وهي أيضاً معرضة للإصابة عند المريض الذي لا يعتني بهما، ومن أهم العوامل التي تعرض القدمان للمضاعفات الالتهابات وما يتبعها وعلاقتها بالمرض، الأوعية الدموية والشعيرات، الأعصاب وتأثيرها وقصور الدورة الدموية المتسبب عن ضيق الشرايين في الأطراف السفلى قد يؤدي إلى عدم تغذية أطراف القدم، وفي هذه الحالة فإن غرغرينا السكر، قد تصيب طرف الأصبع وقد تمتد إلى باقي الأصابع إن أي شيء غير طبيعي يحدث للقدم حتى وإن بدأ حميداً في أول الأمر يعتبر علامة إنذار، فهو قد ينبئ عن إصابة أكثر خطورة (قرحة أو غرغرينا). (محمد قرني، ب ن: 43)

إن خطورة قطع القدم (قرحة أو غرغرينا) ما بين 15 إلى 40 مرة، ذات أهمية عند مرضى السكري منها عند الأشخاص الغير مصابين بالسكر.

(André Grimaladi 2005p730)

**3-4-5- مرض السكر والأسنان:**

العلاقة بين مرض السكر والأسنان معروفة منذ فترة بعيدة ومعروف أيضاً أن حالة اللثة تتدهور بسرعة عند مرضى السكر **إذا** لم يتلقوا العلاج المناسب ويلتزموا بتوجيهات الطبيب المعالج، وكما يؤثر السكر على سلامة اللثة والتهابها، فإن مرض اللثة يؤثر بدوره على صحة مريض السكر، حيث أن الإصابة بالسكر تقلل من مقاومة اللثة لهجوم الجراثيم لأن المرض يتدخل في مقدرة أنسجة الجسم على الالتئام، فلا يستطيع إصلاح ما تتلفه الجراثيم والأسنان المريضة يشكلان معاً بؤراً صدرية تنفث سمومها في تيار الدم وتقلل من قدرة الجسم على تمثيل المواد السكرية، وبذلك ترتفع نسبة السكر في الدم وتزيد كمية الأنسولين التي يحتاجها المريض يومياً. (فاروق مرشد، كمال المتيم، 1995: 33)

**3-5- مرض السكر في الجزائر :****3-5-1- حجم انتشار مرض السكر في الجزائر :**

إن مرض السكر في الجزائر وخاصة مرض السكر من النوع الثاني **الذي** يمس 5,9% من مجموع مرضى العالم بما في ذلك 80% المنتشرين في الدول النامية، وبالتالي فالجزائر ليست معزولة عن هذا التطور في عدد المصابين بداء السكري . والتكفل الحسن بداء السكري يمر حتماً عبر التحكم في المعطيات العلمية حول نسبة داء السكري من النوعين، ومن المعلوم أن النوع الثاني من داء السكري هو الأكثر انتشاراً ويمثل غالبية مرضى السكري في الجزائر

(la Revue équilibre Médecine des Maladies métaboliques 2002: 03)

في دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية 1990 أكدت أن داء السكري يحتل الرتبة الرابعة في الأمراض المزمنة الغير معدية، وأنه في دراسة أخرى لنفس المعهد **وجد** أن نسبة داء السكري في حدود 2,1% لدى 1302 عائلة عاصمية.

(Bezzaoucha1992: 229,35 ,18 )

وفي دراسة أخرى عام 1994 مست 985 شخص على مستوى مدينة الجزائر العاصمة أعطت نتائج تؤكد بان ما نسبته 8,7% من المصابين كانوا على علم بإصابتهم بالمرض، في حين أن ما نسبته 32% منهم لم يحسوا بإصابتهم بداء السكري، وهو ما يؤكد أهمية التقصي

المبكر (Kemail 2 Hanaizé et al 1995p7,14,24) في نفس الفترة وفي دراسة أخرى أجريت بمنطقة وهران بالغرب الجزائري ومست 961 شخص، أعمارهم تتراوح ما بين 30 و 64 سنة أكدت إصابة 6,6% بمرض السكري.

( Unwin, sobngwie, Alberti KGMM 2001p8,4,11)

وفي عام 1998 وبالاتماد على تقنية رفع نسبة السكر بشرب السكر عن طريق الفم كوسيلة تشخيص على عينة من 1957 شخص من نفس الشريحة العمرية 30 إلى 64 في منطقة سطيف بالشرق الجزائري، كانت نسبة السكري 8,2% مع عدم وجود فارق شاسع ما بين الوسط الريفي والوسط الحضري ( Malek, Belateche, 2001p27,71,164)

ووجد أن نسبة الإصابة منخفضة عن هذه المستويات في الجنوب الجزائري، فالنسبة عند التوارق من سكان الجنوب الكبير في أدرار الذين يعتمدون أساساً على نوع خاص من الأغذية وعلى النمط الريفي والمجهود العضلي، لم تكن نسبة داء السكري تتعدى 1,3% (بلحاج،أوسي دهم،ميدون وآخرون(2003 p29, midoune, ousidhoum , Belhadj ).

وفي عام 2003 وفي دراسة لمديرية الوقاية لوزارة الصحة، وبالتنسيق مع مكتب منظمة الصحة العالمية وعلى منطقتين نموذجيتين، سطيف في الشرف الجزائري ومستغانم في الغرب الجزائري وجد أن الإصابة مست نسبة تقدر بـ 8,9% مع وجود فارق بين الوسط الحضري (10,8%) والريفي 7,8% وهذه النسب تزيد تدريجياً حسب العمر المتزايد. (تقرير وزارة الصحة 2004)

حيث تعتبر الجزائر من الدول متوسطة الانتشار، فمستوى الانتشار يقدر بحوالي 11,91 لكل مئة ألف نسمة، إلا أننا نلاحظ نلاحظ تطور في هذه النسب لكل مئة ألف نسمة من 8,05% (1985/1988) إلى 8,38% (1993/1989) 11,33 (1998/1994) وأخيراً إلى 13,69 (2002/1999)، في منطقة وهران كانت النسبة في حدود 9,1 لكل مئة ألف نسمة، وحسب الفدرالية الدولية لداء السكري، فإن نسبة الإصابة بداء السكري عند الأشخاص من 0 إلى 14 سنة في الجزائر هي في حدود 13,1 لكل مئة ألف نسمة.(الفدرالية العالمية بريكسال للسكر 2006)

## 3-5-2- العوامل الاجتماعية والاقتصادية والمساعدة على ظهور داء السكري:

الجزائر لا تختلف عن باقي بلدان العالم، حيث أن تزايد نسبة الشيخوخة حسب الأرقام المركز الوظيفي للإحصائيات، أكدت أن متوسط الحياة في الجزائر هو حالياً 75,7 سنة حيث 64,6% للرجال و76,79% للنساء و العوامل الأخرى هي تغير النمط المعيشي وأهمية النزوح الريفي ونقص المجهود العضلي مع تغير النظام الغذائي نحو النمط الغربي الذي يعتبر نمط يعتمد أساساً على الدسوم والنشويات الغنية جداً بالحريرات، وهو ما يساعد على ظهور زيادة الوزن وبالتالي زيادة احتمال ظهور داء السكري، حيث أن دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية في الجزائر أكدت أن أكثر من نصف الأشخاص 57,7% من العينة المدروسة يعانون من زيادة الوزن، وأكثر من الخمس (22%) يعانون من السمنة.

إن نقص المجهود العضلي لدى الرجال 14,8% مقارنة بالنساء 28,4% وفي الوسط الحضري 14,6% مقارنة بالوسط الريفي يمكن أن يفسر لنا زيادة نسبة داء السكري في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي. (تقرير وزارة الصحة 2004).

## 3-5-3- العوامل النفسية المرتبطة بمرضى السكر :

يعتبر مرضى البول السكري Diabèteo أحد الأمراض السيكوسوماتية كثيرة الانتشار والتي يزداد انتشارها مع تعقد الحضارة المعاصرة، ولذلك يسميها البعض "أمراض العصر" بسبب كثرة انتشارها، ومرض السكر يطلق عليه أحياناً "داء البول السكري"، والأمراض السيكوسوماتية Psychosomatique dièses هي مجموعة من الأمراض التي ترجع إلى أسباب نفسية، بينما تتخذ أعراضها شكلاً حتمياً، ولذلك يمكن أن يطلق عليها أيضاً الأمراض النفسجسمية أو الأمراض النفسو فسيولوجية أو النفسو بدنية أو الأمراض السيكوسوماتية من الصلة الوثيقة والرابطة القوية بين نفس الإنسان وجسده، أو تعبر وتقدم دليلاً قاطعاً على وحدة الإنسان النفسية والجسمية، فالإنسان وحدة متكاملة متفاعلة من القوى النفسية والروحية والعقلية والفكرية والأخلاقية والجسمية والاجتماعية والعلمية..... الخ (عبدالرحمان محمد العيسوي 2000: 261).

فالآلية المعرفية لتفسير الضغوط النفسية تقول بأن الضغوط لها علاقة كبيرة بعقلك وما تدركه، وتعتقده، وتصدقه أكثر من جسديك (كيفية استجابتك البدنية، واستجابة جسديك للضغط

بنجاح وفعالية يجب أن يبدأ بما تفكر فيه وتعتقده)، وقد أثبتت الدراسات أن العقل يستجيب لما هو متخيل بنفس الطريقة التي يستجيب بها لما هو حقيقي.. وهذا يعني أن مفهومك عن الحقيقة لا يقل أهمية عن الحقيقة ذاتها.

يعتبر مرض السكر من الأمراض المزمنة والتي لها معاني خاصة على هؤلاء الذين يعانون منه وعائلاتهم خاصة إذا كان المصاب من صغار السن طفلاً أو مراهقاً، فالمرض يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها، والمرض يعني وعي الطفل أو المراهق وإدراكه للخطر ويكمن مصدر الخطر الذي لا ينتهي في خوف المصاب من حدوث نقص الجلوكوز في الدم، فقد أوضح كوكس وآخرون (Cox et al (1987) أن انخفاض جلوكوز الدم من الممكن أن يؤدي إلى أعراض كريمة بالنسبة له سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية فانخفاض جلوكوز الدم يحتوي على أعراض فسيولوجية مثل الشعور بالجوع، والإحساس بالتعب، وصعوبة المشي، وتعذر القيام بالحركات الدقيقة وبالتالي يكون المريض في خوف دائم من حدوث هذا الانخفاض وأن هذا الانخفاض قد يؤدي إما إلى إنكار هذه الأعراض أو الجهاد بنشاط ضد انخفاض جلوكوز الدم، وقام الباحثون بتطوير مقياس تحدد به المخاوف المرتبطة بجلوكوز الدم المنخفض وتضمنت الأداة بعدين، بعد يقيس السلوكيات المتعلقة بهذه المخاوف مثل، أتناول واجبات خفيفة قبل النوم، أتجنب التمارين عندما اعتقد أن السكر منخفض، أما البعد الآخر من المقياس فهو الانزعاج من انخفاض جلوكوز الدم مثل أخاف أن ينخفض جلوكوز الدم عندما أكون وحدي، أخاف من ألا يساعدني أحد عندما أكون وحدي، أخاف من أن أربك نفسي وأصدقائي في المواقف الاجتماعية، أخاف من انخفاض جلوكوز الدم وأنا نائم. (Cox et al 1987 p617) وباستخدام المقياس السابق قام إرفان وآخرون (Irvine et al 1992) بدراسة العلاقة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم وبعض الأعراض السلوكية والفسيولوجية لدى عينة من مرضى النمط الأول Type I حيث وجد الباحثون أن الانفعالات الناتجة تتراوح من عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر، ووجد أن هناك علاقة دالة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم والضغط النفسية وخبرة نقص الجلوكوز، ولكنهم لم يجدوا ارتباط بين الخوف من نقص الجلوكوز ونسبة الـ Glycosylated Hemoglobin (Hb A1) إرفان، آخرون (Irvine et al 1992p135).

وفي دراسة بعنوان المشكلات النفسية عن الأطفال مرضى السكر، أوضح ضيائي حسين 1987 أن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، أيضاً يحدد شدة المرض عند أول ظهوره حيث نجد أن غياب السكر أحياناً ما تكون هي أول ظهور للمرض، ويحدد العامل النفسي أيضاً قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج، فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المضي والحد من خطورته ومضاعفاته. (ضيائي حسين، 1987:63) فالمرضى يحس بتأنيب ضميره له لأنه مريض، وبالفعل يرجع ذلك على نتائج التحاليل السلبية بارتفاع الجلوكوز في الدم بالرغم من المتابعة المستمرة وذلك نظراً لأنه لم يتقبل المرض بعد لعلمه أن المجتمع سوف يكون له نفس رد الفعل فهل يتقبل ذلك المجتمع الزواج بالبنات المريضة بالسكر؟ وكيف ستكون نظرة الآخرين إليها. (La revue équilibre 2002p25)

ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئاً لما تواتر واستقر في الأذهان من سنين طويلة عن مضاعفات المرض الضارة، ويكفي لمرض السكر أن يحدث مضاعفاته في أحد الأفراد في محيط الأسرة أو المجتمع الصغير لتبقى ذكراه السيئة عالقة بالأذهان، وردود الفعل النفسية تختلف من مريض لآخر اختلافاً كبيراً، أو قد ينشأ خوف شديد من المرض وآثاره، كرد فعل عند بعض المرضى، وخاصة ذوي الشخصية الوسواسية، وإذا زاد الخوف عن حده، فإنه يسبب للمريض اكتئاباً، ويحول حياته إلى حياة منكمشة على نفسها، وأخيراً هناك الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة، حيث ينتاب المريض شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي، الأمر الذي يؤدي بالمريض إلى حالة من الإحباط. (محمد صلاح الدين إبراهيم، 1993:119)

وبات مما لا شك فيه أن الإصابة عند صغار السن تصاحبها ضغوط عديدة، فمن أكثر المظاهر أهمية في الضغوط اليومية هي (حقن الأنسولين) هذه الضرورة أكثر من أي مظهر آخر في رعاية مريض السكر، وغالباً ما يكون التأثير الانفعالي للحقن بالأنسولين ذات طابع سلبي ضار، حيث ينظر إليه بعض الصغار على أنه نوع من العقاب لهم، هذا بالإضافة إلى رد الفعل الفسيولوجي للحقن بالأنسولين والخوف من التأثير الناتج عن الحقن قد يسبب إزعاجاً للوالدين، ويظهر رد فعل الأنسولين في شحوب الوجه واصفراره وتصيب العرق والإغماء أحياناً.



وقد يعتمد الطفل المريض إعطاء نفسه جرعة كبيرة من الأنسولين حتى تؤدي إلى غيبوبة نقص السكر واضطرار أهله لنقله إلى المستشفى، وبذلك يهرب من محيط العائلة أو يعتمد عدم أخذ حقن أنسولين في مواعيدها، والإسراف في تناول أطعمة تؤدي إلى غيبوبة سكر، وضرورة نقله للمستشفى كل هذا يحدث نتيجة الإحباط المحيط وشعوره أنه منبوذ من المجتمع أو عالة على والديه. (ضياىى حسين، مرجع سابق: 64)

ومن القيود المفروضة على المريض والتي تمثل مواقف ضاغطة، هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق لدى الوالدين تجاه الأطعمة وبصفة خاصة الخوف من المواد الكربوهيدراتية، ويتناول مريض السكر نفس الأطعمة كل يوم تقريباً وهذا النقص في تنوع المواد الغذائية غالباً ما يثير لديهم الميل إلى المقاومة وينتج عن ذلك فرض القيود من جانب الوالدين على أبنائهم ومن ثم يصبح الغذاء مجالاً من مجالات الصراع بين الإبن والوالدين. ومن المظاهر الأخرى للقيود المفروضة على ضبط الحياة اليومية لمريض السكر هو ضرورة فحص البول، ونظراً لخبرة المريض الطويلة بالفحوص والتحليل يبدأ في الشعور بالقلق تجاه نتائجها، كما تزداد السلوكيات الشاذة، وخصوصاً عند الأطفال مثل التبول الليلي نتيجة شعورهم بالعطش نهاراً، وتناولهم كميات كبيرة من الطعام، ويترتب على هذه المظاهر السابقة عدم الاستجابة لإرشادات الطبيب، سواء من ناحية التغذية أو حقن الأنسولين، وعدم الاعتماد على النفس في مراقبة المرض، سواء من ناحية تحليل البول اليومي أو الدم. (ضياىى حسين، مرجع سابق: 64).

ويوضح (بات كليرك 1981 Patclerk) أن هذا المرض يمد المراهق المصاب به بسلاح للهروب من المواجهات سواء بأخذ أنسولين زائد أو عدم تناول الوجبات أو عدم الحقن في المواعيد، وذلك كله يسبب نتائج درامية، وسريعة والتي تركز الاهتمام على المريض، وتجذب إليه الشفقة والتعاطف، وهذا التأثير في الآخرين ينعكس في ظهور التوتر بين الوالدين والضغط المستمر الذي يؤثر في تحكم مريض السكر (Patclerk1981p64)

في إصابة الفرد بالاكئاب في ضوء ما أطلق عليه الدائرة الانفعالية التي تبدأ باستقبال الفرد لأحداث بيئية معينة، والتي تنتقل بدورها إلى القشرة المخية، ثم يقوم مثير من القشرة المخية Cerebal Cortex باستثارة الهيبيوثالامس وهذا بدوره يؤدي إلى استثارة النظام الجسمي

الحشوي Somato-Visceral system ويقوم العائد البيولوجي Biofeed-back في هذا النظام بإستثارة التكوين الشبكي Reticular Formation وبعد ذلك يتم تكلمة وتشغيله في الثالاميس Thalamus والجهاز الطرفي Limbic system وتنتهي بعد ذلك إلى الدوافع في القشرة المخية، وهذه النظرية تؤكد إن باثولوجية الهيبوثالامس هي المسؤولة عن احتمال إصابة الفرد بالاكنتاب. (محمد علي كامل، 1990: 13) كما أن الاكنتاب يعمل على التعبير السلبي لسلوكات المرضى فيما يخص العلاج وجسر فيتمنر وكول (1982) فعندما تكون صراعات نفسية أو إحساسات سلبية، ومنه التعبير عن ذلك في السلوك الغذائي وبذلك الخوف من زيادة الوزن. (hynal/W.Pasini/Marchinard1997p117)

ولقد عبرت عدة نظريات عن كل هذه المفاهيم.

### النظرية المعرفية:

قدم "بيك 1970 Beck" نظرية السلبية تجاه ذاته، نظرية السلبية تجاه المستقبل أو مايسمى "بالثلاثية المعرفية السلبية" أي أن المريض يفسر الحاضر والماضي والمستقبل بطريقة سلبية إنهمازية . (جمعة سيد يوسف 2001:103).

الأفراد المكتئبون يمتلكون صيغاً ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات، وتبقى على المعلومات السلبية بسبب شدة أحداث الحياة السلبية في الصغر، وحينما تقع أنواع مماثلة لتلك الأحداث في الرشد، فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئب في غربلة خبراته الشخصية السلبية هذه الصيغ عادة لايعيها الأفراد. (Cottraux :1990p6)

وعندما فحص (بك) مذكرات مرضاه المكتئبين، وجد أنهم يميلون إلى تحريف، وتشويه كما يحدث لهم تجاه توبيخ الذات، والكوارث، وما شابه ذلك، وهكذا فإن القصور في الأداء، والحركة يفسره المريض على أنه مثال لليأس التام من الحياة، ووجهة نظر (بك) هي أن المكتئبين يفكرون بطريقة لامنتظمة على وجه العموم، وبالتالي فإنهم يتوصلون إلى نتائج غير منطقية عند تقييم أنفسهم . ويسمى (بك) هذه الأنماط في التفكير باسم البناء المعرفي (Schemata) أو مجموعات مميزة تكون في الحقيقة طريقة إدراك الشخص لعالم، فيرى الشخص المكتئب، وكأنه يعمل داخل دائرة الاستخفاف بالذات وتوبيخها، وهذه الدائرة تجعل الفرد ميالاً إلى تفسير الحوادث بطريقة تبرر القول "أنني شخص أحمق" أو أنني حالة ميؤوس

منها". ويصف (بك) العديد من التشوهات المعرفية التي يرتكبها مرضى الاكتئاب عند تفسيرهم للحقائق في الآتي:

### 1- الاستدلال القسري (التعسفي):

كالتوصل إلى نتيجة في غياب الأدلة والبراهين الكافية أو أي دليل على الإطلاق فعلى سبيل المثال يستنتج الاكتئابي (أنه تافه لا قيمة له) لأن السماء كانت تمطر في ذلك اليوم الذي استضاف فيه ضيوفه في حفل. (علي طه الخطيب 1981 : 28)

### 2- التجريد الانتقائي:

كالتوصل إلى نتيجة استناداً إلى عنصر واحد من عناصر الموقف، فنجد أن الفرد الاكتئابي يوبخ ذاته لعجز الإنتاج عن أداء وظيفته على الرغم من أنه عامل واحد فقط من مجموعة العمال التي أنتجت هذا الإنتاج.

### 3- المغالاة في التعميم:

كالتوصل إلى نتيجة كلية على أساس حدث واحد وقد يكون هذا الحدث تافهاً، فالطالب الاكتئابي يعتبر أدائه الرديء في الفصل الواحد في ويوم ما على أنه دليل نهائي على غبائه وتفاوته وعدم نفعه.

### 4- التهويل والتحقير:

فالفرد الاكتئابي يعتبر نفسه مسئول عن تحطيم سيارته تماماً (تهويل ومبالغة) عندما يرى أن هناك خدشا طفيفاً في مؤخرة سيارته، أو يعتقد أنه تافه لا قيمة له برغم الانجازات المتتالية التي حققها والتي تستحق الثناء.

وقد وجد (بك) أن تفسيرات المكتئبين لا تتناغم مع الحقيقة الموضوعية ويرى أنهم ضحايا حكمهم غير المنطقي على دواتهم. (المرجع السابق: 29)

مما تقدم يمكن أن نستنتج أن معظم هذه النظريات، قد **أجمعت** على أن الاكتئاب يحدث كرد فعل لتفاعل الأحداث البيئية، ينتج عنه تلك الحالة الانفعالية وما يصاحبها من تشوهات معرفية، وتغيرات سلوكية مصاحبة لتلك الحالة الانفعالية.

**-النظرية السلوكية:**

تهتم النظرية السلوكية – الأكثر شيوعاً – بالافتقار إلى التدعيم الخارجي، والافتقار إلى الإشباع كعامل مسبب لحدوث **الاضطرابات** واستمرارها ورغم أن البيئة الخاصة بالمريض فمن المبرهن أن الشخص الميل للاكتئاب يكون غير **كفاء** في المهارات الاجتماعية الضرورية للحصول على الإثابة الضرورية في حياته، وأن الأفراد الاكتئابيين يعيشون نقص في التدعيم الاجتماعي، وبملاحظة التفاعلات في المنزل بين مرضى الاكتئاب وأزواجهم، فقد وجدوا أن المرضى يميلون إلى استقبال المدعم الايجابي بدرجة أقل من أزواجهم، بينما يكونون أكثر استقباليةً للمدعم السلبي مثل النقد. (فريدة عبد الغني السماحي، 1982: 29)

يرى هيدجر تلميذ هوسرل مبتدع المنهج الفنونولوجي: أن اضطراب وجود "الموجود الإنساني" إنما يكمن في اضطراب علاقته التعاطفية الأساسية مع العالم، ذلك أن العلاقة الأساسية الكاملة في المجلد (إنسان، عالم) إنما تشكل الأساس التحتاني لأفعالنا الإدراكية الحسية والإرادية وتتصل بهذا الأساس ظواهر "القابلية"، "القدرة" وهذه بدورها لامعنى لها إلا في إطار نظرية عامة في الصيرورة، ومفهوم الصيرورة هولب مرض الاكتئاب والهوس، الأرضية التي تتشكل فوقها باقي الأعراض، بحيث نستطيع القول أن ما يميز الاكتئاب، إنما هو تدهور القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها انخفاض في الشعور بالوجود، أي في الشعور بالكينونة بامتلاء الكينونة، ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة. وهذا الشعور بالفراغ حيث يقول مريض الاكتئاب "إنني الفراغ" "إنني الموت" وهذا يعني بطبيعة الحال الموت النفسي عندما ينقطع التناغم بين الأنا والعالم عندما يصل نقصان الشعور بالكينونة نقصاناً حاداً فيصل إلى عدمية الوجود. (المرجع السابق: 25).

**-النظريات السيكودينامية:**

أدت آراء وأفكار كارل أبراهام (1927) إلى نظرية التحليل النفسي للاكتئاب، فقد أفترض أبراهام أن الكراهية شعور سائد قبل الإصابة بالاكتئاب، ولكن هذا الكره غير متقبل لدى الشخص، وعلى ذلك فإنه يقمع ويسقط، ويأتي ذلك الاعتقاد بأنه مكروه، ولأن لديه عيوب خلقية، وهنا يصبح مكتئباً، وقد استنتج أبراهام الدليل على الكراهية المفعمة من خلال أحلام المريض الجرائمية، ومحاولته الانتقام من الآخرين، ولقد صاغ فرويد بالفعل التفسير الجوهري للتحليل النفسي لموضوع الاكتئاب وقارن الميلانخوليا مع العملية الطبيعية للحزن، أملاً في أن

تكون هذه المقارنة عاملاً مساعداً في تفسير الميلانخوليا كموضوع مرضى، والميلانخوليا طبقاً لفرويد تحدث أحياناً عندما لا يكون افتقاد الموضوع واضحاً، ولكنه مع ذلك يبدو واضحاً لارتباطه بعقدة في اللاشعور، ولقد وجد فرويد أنه من المذهل أن يعتقد الحزين أن الموضوع الذي يكون خارج ذاته مفقود، ولكن الميلانخولي يصنع هذا الفقد داخل ذاته. (نبيل محمد الفحل، 1990: 15)

وتركز هذه النظرية على فقدان الموضوع، وعلاقته بالاكئاب، حيث تمثل الصدمة في حالات في فقدان الموضوع، سواء كان هذا الموضوع خارجياً فيكون الحزن هو رد الفعل الطبيعي للفقدان، وفي الحالات التي تكفل فيها الشروط المسببة للمرض، فيكون النكوص في هذه الحالة محاولة ترميمية لإصلاح وتعديل الموضوعات داخل الذات في الاكئاب البسيطة، وإذا ما تسبب هذا الفقدان الخارجي إلى فقدان للموضوع الداخلي (فقدان الليبيدو) لاشعوري فيكون النكوص أعمق حيث تكون حالة الاكئاب شديدة، ويتطلب الأمر إعادة بناء الذات، والموضوع معاً. (المرجع السابق: 15)

### النظرية النيورولوجية:

قدم "كرينز Krienz، 1965" نظرية يوضح فيها الدور الذي يلعبه الهيبوثالامس Hypothalamus

Waves والأداء عند مرضى النمط الأول Typel وخاصة عندما يصل مستوى

جلوكوز الدم إلى 3 Ommol، (Danial Cox 1994p1407)

أما في مجال صعوبات التعلم Learning disabilities فكان التقييم في معظم الأبحاث يتم عن طريق الاستبيانات الموجهة للآباء والمدرسين لا عن طريق التقييم المباشر لمرضى السكر، وقد وجد (جاث 1980 Gath) انتشار مرتفع لصعوبات القراءة، والتي ارتبطت أيضاً بضعف التحكم في السكر ولم تكن مرتبطة بانخفاض السكر في الدم ووجد (روفيت، 1993 Rovet) أن الأطفال المصابون في سن مبكرة أكثر حظاً من المصابين في سن متأخرة حيث أنهم من البداية يحظوا بالوجود في فصول خاصة بالإضافة إلى أن 4,8% من ذوي الإصابات المتأخرة، 8,3% من ذوي الإصابات المتأخرة يحظوا بالحصول على المساعدة من المشرف الاجتماعي والأخصائي النفسي بالمدرسة. (Rovet 1993p11)

ووجد (ماسيمو، Massimo 1984) أن الإصابة بالسكر المعتمد على الأنسولين مرتبطة بانخفاض الدرجة العامة للذاكرة، والتعلم، وإنخفاض الذكاء العام، والانتباه ووجد أيضاً ارتباط بين فترة تأثير المرض Duration، والخلل الوظيفي بالمخ. (Massimo 1984p230)

أما (كريستوفر Christopher1988) فوجد عن طريق التحليل العاملي ستة مجالات معرفية تظهر فيها صعوبات لدى مرضى السكر مثل الذكاء العام، وعمليات الرؤية المجردة، والتعلم، والذاكرة، والانتباه، والانجاز الدراسي، وظهر أن الأفراد ذوي الإصابة المبكرة أكثر اضطراباً في واحد أو أكثر من الجوانب الستة السابقة، ووجد أيضاً أن هؤلاء المراهقين تعلموا معلومات أقل كفاءة من مجموعة الإصابة المتأخرة كما أنهم تذكروا المعلومات بعد مرور أكثر من 30 دقيقة وكانت لهم أخطاء في اختبارات الرؤية المجردة، ويعانون من بطئ التآزر البصري الحركي، وسجلوا درجات أقل في المهام المستخدمة لتقدير الذكاء العام. (كريستوفر Christopher، 1988 : 86، 87)

أما (إيان دايري Ian Deary 1993) فقد وجد أن مرضى السكر سجلوا درجات أقل على مقياس و(كسفر WAIS) وخصوصاً في نسبة الذكاء اللفظية، ومدى الفروق بين مجموعة مرضى السكر والأسوياء بلغ 33% وعندما تحكّم الباحث في تكرار مخاطر نقص جلوكوز الدم، فإن الفروق في الأداء على مقاييس الذكاء تقل، في حين أن الفروق بين المجموعات في نسبة الذكاء اللفظية تظل موجودة، وأرجع الباحث هذه الفروق إلى ارتباطها بالصدمات الاجتماعية الناتجة عن المرضى (Deary et al.1993p342)

وعن الفروق الفردية في الأداء (النفس/عصبي) أثناء المعدل المتوسط لانخفاض جلوكوز الدم وجد (كوكس Cox 1994) أن المعدل المتوسط لانخفاض جلوكوز الدم يؤدي لوجود خلل نير وسيكولوجي وأن الرجال أظهروا معدلات للخلل أكثر من السيدات والأفراد أصحاب التاريخ الطويل من فقدان الوعي الناتج عن نقص السكر، كان الخلل عندهم أكثر من الأفراد الذين لم يكن لهم تاريخ من فقدان الوعي. (Danial Cox et al 1994 p 1413)

## 3-6-مرض السكر والاكتئاب:

بعد استعراض التفسيرات المختلفة للاكتئاب نجد أن علاقته بالحالات الطبية المزمنة قد أوضحتها دراسات عديدة، وبينت الأوجه النفسية الديناميكية له بطريقة أو بأخرى ففي مقال لـ (فيليب روث Philip Roth 1983) أوضح أن مريض الاكتئاب المرتبط بتشخيص عضوي تتداخل عنده الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية، ودرس (فرويد Frud 1917)، (أبراهام Abraham 1972)، (سبيتر Spitz 1942) وجود صراعات خاصة ومعتقدات للمريض حول نفسه بسبب مرضه وأفكاره السلبية عن صورة الجسم وإحساسه العام بالضياع، وأوضح (بيبرنج Bibring 1965) أن الاستهانة بتقدير الذات لدى مرضى الجسم سبب رئيسي لخلق الاكتئاب وأوضح (كات Kaht 1977) أن الاكتئاب لا يظهر فقط كنتيجة لعلاقته بصراعات أو اهتمامات خاصة، ولكنه يظهر كنتيجة لمكونات غير سعيدة لأي صراع نفسي داخلي. (كينيت وآخرون Kennt et al ، 1988:976) ويعتقد (سيلجمان) أن حدوث الاكتئاب لبعض الأفراد يرجع إلى خلل في أسلوب تفسيرهم لأحداث الحياة، فالبعض يفسر أحداث الحياة باعتبارها خللاً في البيئة المحيطة بنا، وأن بالإمكان إصلاح هذا الخلل في المستقبل، وآخرون يفسرون أحداث الحياة باعتبارها خللاً في دواتهم وأفكارهم وحظوظهم، وأنهم قليلو الحيلة ولايستطيعون فعل شيء لمواجهة ذلك (محمد أحمد شلبي 2001: 266)

ويرتكز المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب على فكرة الفقد، على وقوع فقدان كبير، فيحس المريض منهم أنه قد فسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، وجرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن، وبإمكاننا أن نصور هذه الصيغة فيما يسمى الثلاثي المعرفي عند بيك .

تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل. (أرون بيك 2000: 98، 99).

أما عن العلاقة النوعية بين مرض السكر والاكتئاب، فقد حاول الباحثون والاكليينكيون في تقاريرهم المبكرة أن يحددوا ما إذا كان مرض السكر يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الاكتئاب؟ وقد أسفرت هذه الدراسات على العديد من المضامين الهامة بخصوص هذه العلاقة نذكر منها ما يلي:

أن الاكتئاب قد يكون طويل المدى، ومهدد للحياة، وهو مرض يفقد الفرد القدرة على أي شيء، وإن الاضطرابات الكئيبة يصاحبها نوع من العجز الاجتماعي، وتأثيرها يكون أكثر عمقاً على جودة الحياة . ووجود الاكتئاب مصاحباً لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر ويجعل الحياة أكثر قسوة.

أن الاكتئاب المصاحب للسكر يمكن علاجه بأساليب النفسي Psycho thérapie لأن استخدام مضادات الاكتئاب تعوق مفعول الأنسولين.

أن الاكتئاب عندما يوجد مصاحباً لمرض السكر، فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف، ومن الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عامل هام في تطور الاكتئاب، فوجود الاكتئاب يؤدي إلى حالة من الأذهان (المطاوعة) التي تصيب المريض، وتزيد من ضعف التحكم، ومن الممكن افتراض أن هذه علاقة ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر، التحكم يؤثر على الاكتئاب .

(Jacobson 1993 p 1621)

ويوضح (جاكسون 1993) أيضاً أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى طبي مزمن ؟؟؟؟؟؟ وعندما نعقد مقارنات بين عينات مريضة بالسكر والأفراد ذوي الأمراض العضوية المزمنة الأخرى مثل أمراض القلب والرئة، فإن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكر يكون متقارباً مع معدل وجوده عند هؤلاء المرضى. (المرجع السابق: 1624)

وقام (لستمان وآخرون 1988) بتتبع انتشار الاكتئاب لدى 37 من مرضى السكر لمدة خمس سنوات، وعند التقييم الأولى وجد 28 مريض (76 %) مصابون بالاكتئاب طبقاً لمعايير - DSM III وفي عمليات المتابعة مر حوالي 18 مريض (64%) من الـ 28 مريض السابقين بحدث الاكتئاب الضار خلال السنة السابقة للمتابعة، والـ 18 مريض المصابون بالاكتئاب المتكرر وجد أن لديهم درجة عالية من الأحداث الكئيبة لمدة خمس سنوات، وقد حقق أربعة مرضى إضافيين معايير الاضطراب ليصل عددهم إلى 22 مريض (69%) من العدد الإجمالي للمرضى المصابين بالسكر أثناء فترة الخمس سنوات.

(Lustman et al 1988 p 605)



ومقارنة ثلاث مجموعات من المرضى أحدهما تعاني من مرض السكر مع وجود مضاعفات للمرض، ومجموعة أخرى مصابة ولا تعاني من أية مضاعفات، ومجموعة ثالثة ضابطة، وباستخدام مقاييس للاكتئاب مثل مقياس زونج Zung، مقياس بك (BDI) فقد توصل (ليدوم، برسي 1991 Leedom, Procci) إلى أن مرضى السكر والذين تظهر عليهم مضاعفات سجلوا درجات أعلى على مقاييس الاكتئاب، وعكس تحليل النتائج أن الأعراض المعرفية للاكتئاب كانت واضحة ووجد 54% من ذوي الاكتئاب البسيط و46% من ذوي الاكتئاب الحاد، ووجد الباحثون ارتباط بين الاضطرابات الجنسية وأعراض الاكتئاب عند السيدات المصابات بالمرض، ولا توجد عند الرجال. (Leedom Procci 1991p280)

قام (جافارد، ولستمان 1993 Guvad & Lustman) بتحليل نتائج عشرون دراسة لتحديد مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكر، أظهرت النتائج أن معدل انتشاره والذي ظهر من خلال المقابلات التشخيصية ومع مجموعات المرضى كان 8,5: 27,3% بمتوسط 14% في الدراسات التي احتوت على مجموعات ضابطة، وفي الدراسات التي لم تحتوي على مجموعات ضابطة وصل معدله 11: 19,9% وهذا المعدل هو الأقل من نوعه في الدراسات الخاصة بهذه الفئة، وأخيراً وجدوا أن زيادة معدل الاكتئاب لدى مرضى السكر ذات صلة بالأعراض الجسمية، ووجدوا أن خطورة الانتشار ذات تأثير سلبي على كفاءة حياة المرضى وكيفية مواجهتهم للمرض. (Gavard, & Lustman 1993p1167)

وأفترض (كينيث وآخرون 1993 Kenneth et al) أن طبيعة الاكتئاب لدى مرضى ضغط الدم، والذبحة الصدرية، والسكر المعتمد على الأنسولين ستكون أكثر قسوة لدى المرضى الذين لهم تاريخ طويل مع هذه الأمراض، ومن خلال تطبيق معايير المعهد القومي للصحة العقلية، ظهر أن المرضى ذوي التاريخ الطويل مع الذبحة الصدرية يصابوا بنوبات اكتئاب أكثر حدة خلال عام من المتابعة، وأعراض اكتئاب كلية خلال السنة الثانية، وأن طبيعة الاكتئاب لم تختلف بطريقة ملحوظة عند المرضى المكتئبين والذين لهم تاريخ مع ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكر المعتمد على الأنسولين. (Kenneth et al 1993p 632)

وأقر (روى، روى Roy,&Roy 1994) من خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين مع مجموعة أصحاء من خلال درجاتهم على مقياس (بك) ومن خلال خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم، أن درجة مرضى السكر مرتفعة على مقياس الاكتئاب عن درجة الأصحاء، وأن خبرتهم عن أحداث المثيرة للألم أكثر خلال الشهور السنة السابقة للدراسة، وهذه النتيجة تحقق الفرض القائل بأن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية تظهر أكثر بين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين. (Roy&Roy 1994 p129)

أما (كريستين وآخرون Kristen et al 1994) فقد أوضحت أن وجود المرض العضوي يرتبط دائماً بزيادة درجة الأقدام على الانتحار مثل مرض الصداع، وتصلب الشرايين، ومرض السكر المعتمد على الأنسولين، ومن خلال دراستهم لـ 1682 مريض بالسكر وجد منهم بعد فترة المتابعة 168 رجل توفوا منهم 12 حالة انتحار. ثلاثة مرضى استخدموا الأنسولين كوسيلة للانتحار، وأربعة مرضى استخدموا الوسائل العنيفة، وخمسة مرضى استخدموا السموم وقبل انتحارهم، فإن كثير منهم عبروا عن رغبتهم في الانتحار وظهرت عليهم علامات الاكتئاب. (Kirsten et al 1994p210)

ولا يقتصر الأمر على انتشار الاكتئاب فقط بين مرضى السكر، ولكن طبيعة المرض كاضطراب مزمن تجعل المرضى عرضة لهذه الاضطرابات، حيث يعاني المريض وبصورة يومية من أعراض كثيرة، ومتنوعة من حقن أنفسهم بالأنسولين، وإتباع نظام غذائي، وتحمل مسؤولية العلاج الأمر الذي يؤثر عليهم على المدى الطويل. إذن فتنوع الضغوط النفسية تجعل المرضى عرضة لاضطرابات نفسية مختلفة.

وهناك دراسات كثيرة أوضحت زيادة انتشار هذه الاضطرابات عند مرضى السكر مثل دراسات (سويفت وآخرون Swift et al 1967)، (جيمس James 1971)، (فالستيوم Fallstram 1989)، (كازان Chazan 1982)، (روفيت Rovet 1984)، (فلاندر 1989 Wallander) وهناك دراسات أخرى قالت بوجود هذه الاضطرابات ولكن بمعدل متوسط مثل: (ستيركي Sterky 1977)، (لودفيجسون Ludvigsson 1977)، (سيمون Simon 1978)، (وسوليفان Sullivun 1978)، (جاث Gath 1980).

وقد أوضح (برند 1993) أن الاضطرابات النفسية التي ظهرت لدى مرضى السكر المعتمد على الأنسولين تمثلت في:

**الانطواء الذاتي: Introversive**. والذي أتضح من خلال عدة مؤشرات كـ الخوف من المدرسة School Phobia، والهروب من المدرسة School Truancy from، والخوف من أماكن العمل Fear at place of work و مشكلات مع الزملاء، problem with peer، والصداع النفسي فسيولوجي Psycho Physiological headaches، والآلام المبرمجة في البطن Abdominal pain، والأوجاع الجسدية Somatization، وتوهم المرض Hyponcondria، والقلق العام gereral anxitey، والمخاوف Phobias، والسلوك المتسم بالهلع Panic behavior، والوسواس Compulsion، وحالة الاكتئاب Depressive mood، والميول الانتحارية Suicidal tendencies، وسوء استخدام الأدوية Drug abuse وظهرت أيضا لدى أفراد العينة.

سلوكيات مضادة للمجتمع Antisocial تمثل في الهروب من أماكن العمل Truancy from place of work، وسلوك تميز الذات Self maltiating behavior، والإفراط في التدخين Excessive smoking، والهروب من المنزل Running away from home، والسلوك العدوانى Agressive behavior، والإهمال. Delinquency.

وعلى أفراد العينة أيضا من فرط في الحركة hyperkinetic والتي عبرت على نفسها في السلوك الاندفاعي Impulsion behavior، وضعف التركيز Poor concentration، والبعد الأخير من السلوكيات وهي اضطرابات الطعام eating disorder مثل رفض الطعام food refusal أو الفهم في الطعام Over eating وأوضح أيضا أن معدل الإصابة لهذه الاضطرابات زاد بنسبة 33.3% عم مجموعة الأصحاء، ولكن نسبتها لم تظهر فروق دالة بين الذكور، الإناث. ولكن وجدن الفتيات المصابات يعانين أكثر من الأولاد في اضطرابات الطعام، وأخيرا كانت هناك نتيجة متوقعة، وهي أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المراهقين المرضى لم يأتي مصحوبا بزيادة الشعور في احداث الحياة.

( Brend 1993p1587)

وفي تناوله للعلاقة بين الاضطرابات السلوكية والشخصية أوضح جبالي نور الدين (1979) أن مرضى السكر أقل توافقاً من الأسوياء على مقاييس الهستريا والاكنتاب، حيث وجد الباحث فروق دالة إحصائياً بينهم ، وبين الأسوياء على المتغيرين السابقين. (جبالي نور الدين، 1979).

وكشفت ماجدة خميس (1992) في دراسة عاملية مصرية وجود العلاقة بين مستوى القلق والإصابة ببعض الأمراض العضوية ومنها السكري، حيث توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكري والأسوياء على مقاييس القلق (حالة/سمة) ، قلق الموت، القلق (داخلي/خارجي المنشأ) ووجود فروق بين المجموعتين على مقاييس الصحة العامة. (ماجدة خميس، 1992).

### 3-6-1 - مرض السكر والضغوط النفسية :

يمثل الضغط صفة أو خاصية لموضوع بيني يبسر أو يعوق جهد الفرد للوصول إلى هدف معين وترتبط الضغوط بالأشخاص أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة، وتتعلق بمحاولات الفرد إشباع حاجاته، وضغط الموضوع، هو ما يستطيع أن يفعله للشخص في أمر ما، أي أنه القوة التي تتوفر لدى الموضوع والتي تؤثر في الشخص بطريقة أو بآخر واستخدمت ضغوط كترجمة لكلمة (Stress) وترجمت أيضاً إلى شدة، وكرب ، وضائقة وإجهاد ، توتر ، وغير ذلك، يرى شنايدر **Schneider** أن الضغوط وهي مثيرات تتطلب من الإنسان أن يتكيف معها. (ناصر إبراهيم المحارب 1993: 338 )

إن القلق في حد ذاته يمكن اعتباره إشارة إنذار أو تحذير للفرد، بأن هناك ما يهدد الذات

العلاج النفسي السلوكي (فيصل محمد الزراد 2005 : 38، 2005)

وقد أجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغوط بمرض السكر، حيث نظر البعض إليها كسبب للإصابة، فقد أوضح (موريس عطية 1993) أن كثير من الأقوال تردد أن السكر لم يصيب زيدا من الناس إلا بعد صدمة فجائية في حياته كوفاة قريب عزيز أو حادث سيارة مروع أو إفلاس تجارى، ولكنه يوضح أن ربط السكر بهذه الصدمات لا يكون بصورة مباشرة، حيث أن الدور الأول لاستعداد الوراثي، وأن الأثر الأكبر لهذه الصدمات يكون في التعجيل بظهور المرض قبل أوانه أو دفعه إلى الظهور بصورة عابرة. (موريس عطية ، 1993 : 24 )  
وبمتابعة هؤلاء المرضى نجد أن السكر قد يغيب تلقائياً بعد زوال الضغوط الفجائية من عند هؤلاء الذين يستطيعون الحفاظ على لياقة أجسامهم، لاسيما إذا كان الاستعداد الوراثي

للمرض ضعيف، ولكنه يلزم البعض مدى الحياة، إذا كان الاستعداد الوراثي قوي وبترافق مع السمنة مع بعض العوامل السلبية الأخرى. (المرجع السابق: 24)

وهناك دراسات أخرى تنظر إلى الضغوط كإنتاج للإصابة بالمرض وخاصة عند مرضى النمط الأول Type I حيث يقرر (ديفيد ماركارى 1989 David Macrea) أنه لكي نقلل من نكبات جلوكوز الدم، فإن المريض لا بد أن يتوازن ليس فقط في العلاج، وخطط الوجبات الغذائية، ولكن أيضا في الضغوط، حيث أنه من الممكن أن تظهر الضغوط في مستويات مختلفة مع انحراف جلوكوز الدم عن المستويات الطبيعية، على الرغم من وجود الأنسولين وأمراض نقص السكر، وخطط الوجبات الغذائية، والتمارين بشكل متواصل والحالات المسببة للضغوط تشمل نقص السكر في الدم والتي تشكل هبوط غير مقبول في معدلات الجلوكوز العالية، وحالات أخرى يكون تحمل المسؤولية فوق مستوى الطاقة، وأيضا تحديات العمل المتنوعة، والعلاقات مع الآخرين، فكل هذه الأمور تؤثر على جلوكوز الدم بالعديد من الأساليب، وفي حالة مرضى النمط الأول Type I ينعكس الضغط ذو القوة العالية في ارتفاع كل من جلوكوز الدم والمركبات العضوية الأخرى، وقد يؤدي لوجود حالة ال Kitoacidosis حالة غير سوية تقل فيها كلوية الدم، والأنسجة) ويحدث هذا إذا لم يزداد الأنسولين، وهذه النكبات في جلوكوز الدم تزيد من نسبة الضغوط؛ أي أنها علاقة دائرية.

(David Macrea 1986 p 197)

ويوضح (ديلمبيتر وآخرون 1993 Delmater et al) أن هناك علاقة مهمة بين ضغط الحياة وضعف التمثيل العضوي عند المراهقين، ويفترض أن الضغوط تؤثر على عملية التمثيل العضوي بطريقة مباشرة من خلال الميكانيزمات النفسية، وبطريقة غير مباشرة من خلال عدم الالتزام بالريجيم، (الحمية) وإذا كانت الضغوط تؤثر على التحكم في التمثيل العضوي، فإن التدخلات سوف تقلل من الضغط وتحسن من مستوى التمثيل العضوي. (ديلمبيتر وآخرون 1993 Delmater et al).

إن القلق في حد ذاته يعكس اعتباره إشارة إنذار أو تحذير للفرد، بأن هناك ما يهدد الذات

( فيصل محمد الزراد 2005: 38)

## 3-6-2 - مرض السكر والتوافق النفسي:

هناك مجموعة من الدراسات تناولت الجوانب المختلفة للتوافق النفسي والاجتماعي لدى هذه الفئة. والتوافق النفسي هو جوهر الصحة النفسية وهدف العلاج النفسي، ويعرف بأنه عملية دينامية مستمرة يحاول فيها الفرد تعديل ما يمكن تعديله في سلوكه وبيئته، وتقبل ما لا يمكن تعديله فيهما حتى تحدث حالة توازن وتوفق بينه وبين البيئة تتضمن إشباع حاجاته الداخلية ومقابلة أغلب متطلبات بيئته الخارجية. (إجلال سرى، 1990: 25)

وقد اهتمت هذه الدراسات بتأثير كل من:

- تأثير الصدمة النفسية للمرضى المصابين وأسرههم على التوافق .

- تأثير الجوانب النفسية على التمثيل النوى.

- العوامل الأسرية المساهمة في التوافق النفسي الاجتماعي لمرضى السكر.

والأم هي الفرد الأكثر انغماسا في التعامل مع ابنها المصاب، وخصوصا عندما يظهر المرض في بداية العمر، لأن الصغار يكونوا أكثر اعتمادا على الآخرين، ولو كانت الأم هي الشخص الأكثر ارتباطا بتفاصيل المرض فقد حاولت (كارولين روبنسون وآخرون **Caroline 1983 Robinson et al**) دراسة المشكلات التي تواجه الأمهات في التعامل مع أبنائهم المصابين بالسكر، واتضح وجود مشكلات عديدة في هذا الخصوص، مثل الغذاء اليومي، واختبار البول، وحقن الأنسولين، والتحكم في السكر، ونسب الهيموجلوبين، وانتظام الأنشطة اليومية، والمساندة والتشجيع الاجتماعي، وأن أكثر الأبعاد إثارة للمشكلات كانت اهتمامات المستقبل والتحكم في السكر، تلاها مباشرة حقن الأنسولين، والغذاء اليومي، واختبارات البول وكان هناك بعدين مرتبطين بالعمر وهما نقص السكر، إمكانية الحصول على مساعدة وهذا يوضح أنه كلما كان المريض أصغر سناً، كلما ازداد اهتمام الأم في التعامل مع هذين البعدين أيضاً كان هناك ارتباط سالب بين حقن الأنسولين، وفترة تأثير المرض.

( Carolin Robinson1983p548)

أما (جانيت وآخرون **Janet et al 1983**) فقد بحثت تأثير المرض عند المراهقين على العلاقات الاجتماعية والأسرة ومدى الاتفاق والاختلاف بين المريض والعائلة في موضوعات مختلفة، وأوضحت النتائج أنه لم يوجد اتفاق بين وجهات نظر الآباء والأبناء على مختلف الاستجابات، وتأثرت وجهات نظر الأبناء بالجنس والسن الذي أصيبوا فيه بالمرض، ولوحظ

وجود تأثير ضعيف للمرض على الأداء الدراسي والتركيز. والمراهقين الذكور المصابين شعروا بأقصى تأثير لهذا المرض على الحياة الاجتماعية، وعلى الرغم من أن آباء هذه المجموعة التجريبية قللوا هذه المشاعر بصفة عامة، إلا أنهم في الواقع كانوا مدركين للتأثير الكبير للمرض على حياة أبنائهم. (Janet et al 1983p393)

ودرس (جاكسون وآخرون 1986 Jacobson et al) تأثير الإصابة بالمرض على توافق الأبناء وأسره، وتأثير الجوانب النفس اجتماعية، مثل أحداث الحياة والمساندة الاجتماعية والتفاعل الأسري على السلوك، وأوضحت النتائج عند مقارنة المجموعة التجريبية والضابطة أنه لم توجد فروق بين المجموعتين في درجة تقدير الذات، وجهه الضبط والأعراض السلوكية، وباستخدام تحليل التثائي لرؤية تأثير الجنس والطبقة الاجتماعية والعمر على هذه المتغيرات لم توجد فروق بين المجموعتين فيها. (Jacobson et al 1986 P323)

والكفاءة الذاتية Self – efficacy لمرضى السكر تعني التوقعات التي يؤمن بها مريض السكر بخصوص كفاءته الشخصية وقدرته ونجاح علاجه وقد حاول (هيلدرث وآخرون 1987 Hilderth et al) دراسة هذه الكفاءة لدى مجموعة من المراهقين المصابين بالسكر المتعمد على الأنسولين، وأوضحت نتائج الدراسة، أن الأفراد الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الكفاءة الذاتية كانوا أكثر قدرة على التحكم في المرض، أما المرضى الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الكفاءة الذاتية، كانوا أكثر قدرة على التحكم في المرض، أما المرضى الذين سجلوا درجات منخفضة، فقد عبروا عن الخوف من فقدان السيطرة على المرض، والبعض شعر باليأس وعدم مساندة المجتمع له. وأيضاً سجل الأولاد درجة أكبر على مقياس الكفاءة من الفتيات.

لدراسة دور الكفاءة الذاتية في المرض أيضاً حاول (جرافن 1992 Graven) دراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالريجيم، ووجد أن المرضى الأكثر التزاماً أحرزوا درجة أقل على مقياس تقدير الذات ومقياس الكفاءة الذاتية، وأظهروا أعراضاً أكثر للاكتئاب وإرتفع عندهم مستوى HbA1 عن غيرهم، والذين كانوا أكثر التزاماً، وأقترح الباحثون أن السلوكيات والتدخل بالعلاج المعرفي من الممكن أن يستخدم لتحسين الالتزام عند هؤلاء المرضى. (Graven 1992p90)

وفي دراسته عن العوامل النفس اجتماعية وعلاقتها بمضاعفات مرض السكر وجد (لليود وآخرون 1992 Lloyd et al) أن المرضى أصحاب المضاعفات في الأوعية الدموية واضطرابات الرؤية الناتجة عن المرض، أظهروا ضعف في الاستمتاع بالحياة مقارنة بهؤلاء الذين لا يعانون من أي مضاعفات، أيضاً المرضى الذين لديهم مضاعفات في الأوعية الدموية أظهروا أعراضاً أكثر للاكتئاب والأعراض العالية لدرجة الاكتئاب، ارتبطت بوجود ما يزيد أو يساوي أربعة مضاعفات وكان الاستنتاج أن وجود عوامل نفس اجتماعية تختلف طبقاً لعدد ونمط وجود مضاعفات لمرض السكر. (Lloyd et al 1992p166)

وعن دراسة التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس وفترة دوام المرض Duration والمضاعفات الناتجة عنه وجد (بورجيسون وآخرون 1993 Borjeson et al) أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات، ولذا فإن درجة القلق عندهم بسيطة عن احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل، وبالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الايجابية في التعامل مع المرض، وكذلك المرضى صغار السن كان ليهم اتجاه إيجابي نحو المرضى حتى، ولو كانوا يعتقدون أن مرض السكر له تأثير سلبي على علاقتهم بأصدقائهم، ووجد أيضاً أن المرضى المصابين منذ فترة قصيرة أكثر مقدرة على التكيف مع المرضى المصابين منذ فترة طويلة، وقد يتزايد الخوف من المضاعفات بطول الإصابة، وتؤثر مضاعفات المرض على إدراك المريض الذاتي، والحياة الاجتماعية، والمرضى في مرحلة الطفولة يعرفون القليل عن هذه المضاعفات، وهذا يقلل من سعة استجابتهم السيكولوجية عند التشخيص. (Borjeson et al 1993p763)

ومن أكثر مقاييس الشخصية شهرة هو مقياس أيزنك H.Eysenck وقد حاول (جوردون، وفيشر 1993 Gordon, Fisher) البحث عن علاقة بين هذا المقياس والتحكم في السكر، وأوضحت النتائج أنه يوجد ارتباط إيجابي بين مقاييس الانبساط - الأنطواء والتحكم في نسبة السكر بالدم، ولم يوجد ارتباط ذا دلالة بين المرضى ذوي التحكم الجيد، وبين مقاييس الانبساط - الأنطواء ومقياس الكذب. (Gordon, Fisher 1993p533)

وقد أجريت قبل ذلك محاولات عديدة لإيجاد علاقة بين نمط الشخصية والمشكلات المرتبطة بالتعامل مع السكر والتحكم فيه عند البالغين والأطفال فقد توصل (برادلي وكوكس 1978 Breadyly, Cox) لوجود علاقة هامة وإيجابية بين متوسط نسبة السكر في الدم،



ومقياس مودزلي للشخصية واقترحوا أن الشخص المنبسط اجتماعياً بدرجة كبيرة يواجه صعوبات متعلقة بالبروتين الضروري للتحكم في المرض وفي المقابل فشل "بك وآخرون (Beck et al 1984) في إيجاد أي علاقة بين العصابية / الانبساط وعمليات التمثيل العضوي عند الأطفال والمراهقين 9-17 عام. (المرجع السابق: 530)

وعن مدى تأثير العلاقات الاجتماعية لمرضى السكر المعتمد على الأنسولين بحالتهم الصحية أوضح (لليود وآخرون Lloyd et al 1993) أنه يوجد اختلاف بسيط بين المجموعة التجريبية والضابطة في الأنشطة التي تحدث خارج المنزل مثل أنشطة وقت الفراغ، وزيارة الأصدقاء، وأن هذه الفروق لصالح المجموعة الضابطة، ولم تتأثر هذه الأنشطة وقت الفراغ، وزيارة الأصدقاء، وأن هذه الفروق لصالح المجموعة الضابطة، ولم تتأثر هذه الأنشطة بالسن والجنس وأتضح أن الشباب المصابين كانوا أكثر انعزلاً في الجانب الاجتماعي مقارنة بغير المرضى ولم تكن هناك فروق بين المصابين وغير المصابين عندما طلب منهم أن يذكروا شخصاً يتقنون فيه، وقد أخبر غالبية المرضى (93%) أصدقائهم عن حالتهم الصحية و15% لم يرغبوا في النقاش حول حالتهم، وأشار 33% منهم أن أصدقائهم لم يتفهموا حالتهم الصحية، و18% قالوا أن أصدقائهم صدموا عندما أوضحوا لهم إصابتهم، ثم لخصوا النتائج في أن الشباب المصاب بالسكر لديهم رغبة في العزلة الاجتماعية، وأقل من الأصحاء في إقامة علاقات اجتماعية وطيدة، وأن المصابين بالسكر أقل رغبة في أنجاب الأطفال بالرغم من عدم الالتزام الاجتماعي المتنوع بهذا الدور، وأن تجارب الماضي السلبية مع أقرانهم أو مع أحد أفراد العائلة ربما تتسبب في تحفظهم تجاه إقامة صداقات حميمة. (Lloyd et al 1992p841)

### 3-6-3 - مرض السكر والاضطرابات المعرفية:

لقد قام (روبرت بين R.W.Payne) بكتابة مقالة الموسع الطويل عن موضوع شديد الأهمية في علم النفس الإكلينيكي هو الاضطرابات المعرفية، كان ينوي توجيهه بالدرجة الأولى إلى السيكولوجيين الإكلينكيين والأطباء النفسيين والعصبيين، فجاء تأكيده منصباً على مدى تأثير المرض العضوي على الأداءات المعرفية (محمد نجيب الصبوة 1993: 1)

شهدت السنوات العشر الأخيرة العديد من الأبحاث في مجال الوظائف المعرفية لدى الأفراد المصابين بالسكر وتم التيقن من اكتشافين هامين في هذا المجال:

1- أن الأطفال والمراهقين الذي أصيبوا بالمرض في السنوات الخمس الأولى من حياتهم هم الأكثر عرضة لظهور عجز خطير في مقاييس التعلم والذاكرة وحل المشكلات أكثر من الذين أصيبوا به بعد هذا السن.

2- أن المصابين بالسكر المعتمد على الأنسولين والذين لديهم تحكم ضعيف في المرض يعانون من صعوبة أكثر في المتطلبات المعرفية لحل المشكلات ومهام تشغيل المعلومات أكثر من المصابين بالمرض ولديهم تحكم جيد. (Christoper, Ryan 1998p89)

وقد أثبت (آك، وآخرون 1961 Ach et al) أن العمر في بداية الإصابة بالمرض له تأثير قوي على نسبة الذكاء، فالأطفال الذين أصيبوا بالمرض قبل سن 5 سنوات كانت درجاتهم أقل من الآخرين بعشر درجات في المتوسط، وعلى العكس كان هناك 25 طفل تم تشخيص المرض لديهم بعد 5 سنوات وكان أدائهم مثل الآخرين ولم يجد الباحثون علاقة بين التمثيل العضوي ونسبة الذكاء. (Rovet et al 1993p08)

والدراسات الأكثر حداثة أوضحت أن المرضى المعالجين بالأنسولين لديهم بعض جوانب الخلل المعرفي مثل بالـ (1973) Bale ، ويردلخ (1990) Wredling واللدان وجدا انخفاضاً في نسبة الذكاء لدى مجموعة من مرضى Type I مقارنة بالأسوياء وأوضح بلاك مان (1990) Black man أن انخفاض السكر في الدم يؤدي إلى خلل في الوظائف النير وفسولوجية والنير وسيكولوجية حيث قام نشاط موجات المخ Brain .

### 3-6-4-الاكتئاب:

وهو متناول كمتغير أساسي في هذه الدراسة وهو يكون منتشر عند المرأة أكثر منه عند الرجال وحسب L'OMS هناك 100 مليون مكتئب في العالم في ظرف عام

(Jean Cottraux 2001p166)

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة وانتشار الاكتئاب بين مرضى المزمنة يحظى باهتمام أكلنيكي واسع لأن الاكتئاب كاضطراب نفسي يصعب التشخيص الطبي الاكلنيكي لمرض

الأمراض الطبية المزمنة، أن علاج النمطان من الاضطراب (النفسي والجسمي) باستخدام الأدوية من الممكن أن يتداخل.

والاكتئاب كمرض نفسي يعد حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم به وتحدث كمحاولة من جانب الفرد قلقه الحاد ويصاحبها انخفاض في قيمة الذات وهو عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية وضعف الطاقة، وصعوبة التركيز، وسرعة الإنهاك عادة.

(محمد الطيب، 1994: 422) يستخدم مصطلح الاكتئاب Depression على نطاق واسع في اللغة الإنكليزية الأخرى للتعبير عن الاكتئاب النفسي وعن بعض المعاني الأخرى في المناسبات المختلفة ففي علم الاقتصاد يدل هذا المصطلح على الكساد والانكماش في المعاملات المالية وفي علم الأرصاد الجوية هو تعبير عن حالة الطقس ويعني حدوث منخفض جوي وفي علم وظائف الأعضاء هو تعبير عن تناقض في وظائف بعض الأجهزة الحيوية، أما في الطب النفسي فهو إستعبابه، لموقف نصادفه في حياتنا يدعو الشعوب إلى الحزن والآسى.

وقد يكون الاكتئاب في بعض الأحيان مصاحباً للإصابة بأي مرض آخر، فمريض السكر مثلاً، لا نتوقع أن يكون في حالة نفسية جيدة وهو غالباً يشعر بالكآبة لإصابة بهذا المرضى، (لطي الشرييني 2001: 19). ويمكن تفسير الاكتئاب في المدارس المختلفة.

### خلاصة:

لقد تناولنا في هذا الفصل البعد العضوي لمرض السكري و أهميته في بناء أية إستراتيجية للعلاج دوائية أو نفسية فتطرقنا لأسبابه، وأعراضه، ومضاعفاته، وأنماطه بالإضافة إلى ردود الفعل النفسية للمرض على المراهقين حتى الوصول للاكتئاب هذا الأخير الذي يكون مرتبط بمتغيرات أخرى ك فقدان تقدير الذات وبعض المهارات الإجتماعية واليأس.

# الفصل الرابع

## 4- العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

4- الاكتئاب وعلاجه

4-1- تشخيص الاكتئاب

4-2- العلاج المعرفي السلوكي

4-3- الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي-السلوكي

4-4- مفهوم العلاج المعرفي - السلوكي

4-5- مبادئ العلاج المعرفي - السلوكي

4-6- أهداف العلاج المعرفي-السلوكي

4-7- الأساليب المختلفة للعلاج المعرفي-السلوكي

4-8- أوجه التشابه والاختلاف بين الأساليب المختلفة في العلاج المعرفي-السلوكي.

4-9- الأهداف العلاجية

4-10- تقنيات العلاج المعرفي-السلوكي

4-11- فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي

4-12- أساليب علاجية أخرى

تمهيد:

يتضمن علاج الاكتئاب مجموعة من الأساليب الفعّالة، منها العلاج المعرفي السلوكي الذي يعمل على الوقاية منه، والتخفيف من شدة الأعراض الاكتئابية. وتتوقف نجاح عملية العلاج هذه على توافر المعلومات حول الاكتئاب من حيث انتشاره وأسبابه وتداخل أعراضه وارتباطه بمجموعة من المتغيرات... الخ وهذا يتطلب دائماً المزيد من البحث والدراسات ، كما يحتاج إلى تطور تقنيات البحث العلمي.

وقبل الحديث عن الأساليب العلاجية المختلفة لا بد من التوقف عند مرحلة مهمة وهي تشخيص الاكتئاب وقياسه.

#### 4-1-1- تشخيص الاكتئاب:

يأخذ العاملون بحقل الصحة النفسية والعلاج النفسي طريقتين في تشخيص الاكتئاب بمعناه المرضي والمتميز عيادياً.

#### 4-1-1-1- طرائق الفحص النفسي العيادي: «وتتم بقاء المتعالج وجهاً لوجه، وسؤاله –

بطريقة منهجية منظمة – عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه. وعادة ما يحاول الطبيب النفسي خلال هذا الفحص، أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة، أو بالرجوع إلى ما يتوافر لديه من الأدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية التي تشرحها المراجع الطبية النفسية المعروفة. ومن أمثلتها الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع DSM-IV» (إبراهيم عبد الستار 1998: 68) حيث يشخص الاكتئاب

عند وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغييراً في الأداء الوظيفي الصادق للشخص، على أن يكون من بينها واحد على الأقل من مزاج مكتئب أو فقدان الرغبة والمتعة (تحذف الأعراض الناجمة عن حالة طبية عامة أو عن توهّمات غير ملائمة مع المزاج) وهي كما يلي:

1- مزاج منخفض طيلة اليوم يفصح عنه المتعالج إما بتقرير شخصي (أشعر بالحزن) أو

بملاحظة من الآخرين (تبدو الدموع دائماً في عينيه).

2- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو فقدان المتعة بكل أو أغلب الأنشطة طوال اليوم، وكل يوم (يصرح المتعالج بذلك أو من ملاحظة الآخرين له).

3- نقص وزن أو زيادة وزن (تغير الوزن بنسبة 5% من وزن المتعالج خلال شهر)، أو نقصان أو زيادة في الشهية كل يوم (دون وجود نظام حماية).

4- أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريباً.

5- هياج نفسي- حركي، أو بطء نفسي- حركي كل يوم تقريباً (يلاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد مشاعر عدم ارتياح من قبل المتعالج).

6- التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.

7- مشاعر بعدم القيمة أو شعور مفرط بالذنب (تقريباً كل يوم). وليس فقط لوم الذات أو الشعور بالذنب أنه متعالج.

8- نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد في اتخاذ القرار كل يوم (تقرر إما بوصف شخص من المتعالج أو تلاحظ من الآخرين).

تكرار فكرة الموت (ليس فقط الخوف من الموت) أو تكرار الأفكار الانتحارية دون خطة محددة للانتحار، أو محاولة انتحار، أو خطة محددة للانتحار ولقد ذكر فومان خصائص هذه الأعراض فيما يلي: (Fauman, 1994, pp168-169)

أ- إن هذه الأعراض لا تحقق معايير النوبة المختلطة.

ب- إن هذه الأعراض تسبب انزعاجاً عيادياً أو ضعفاً في الأداء الوظيفي اجتماعياً أو مهنيّاً أو في مجالات أخرى.

ت- لا تعزى هذه الأعراض التسعة السابقة إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل عقار طبي) أو لحالة طبية مرضية (نقص هرمون الغدة الدرقية مثلاً).

ث- أن لا تكون هذه الأعراض بمثابة رد فعل على فاجعة (فقد عزيز،.. الخ)

إن بعض **علامات** الاكتئاب تبدو واضحة خلال المقابلة التشخيصية مثل: الميل إلى البكاء وأحياناً التعبيرات الوجهية القلقة المصحوبة بعدم الاستقرار. كما وأن المتعالج غالباً ما يكون بطيئاً في الإجابة عن الأسئلة الموجهة له، فيلتزم الصمت. أما حركاته فتكون بطيئة أيضاً، يمشي ويتكلم ببطء، أو أنه يستجيب بردود فعل طويلة نسبياً في الإرشادات والتعليمات. وفي حالات نادرة قد يمتنع المتعالج عن الكلام، يبكي بهدوء خلال معظم الوقت. (عن الحجار، 1991: 75)

**4-1-2- الطرائق السيكومترية:** ويكون ذلك من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية الموضوعية، المتميزة بدرجة عالية من الصدق والثبات. وتساعد هذه الاختبارات على تحديد وجود الاكتئاب ونوعه وشدته، وعلى تحديد مسائل شخصية قد تكون مرتبطة بالاكتئاب. وتفيد هذه الطريقة في وضع الخطة العلاجية للمتعالج، وفي تقويم فاعلية العلاج النفسي أو الطبي (عن الشربيني، 2001: 196).

ومن مقاييس الاكتئاب:

**1- مقياس هاملتون للاكتئاب Hamilton Depression Scale:** الذي يرمز له اختصاراً HAMD وهو من أكثر مقاييس تقدير الاكتئاب من قبل الآخر (الفاحص)، ويقيس هذا المقياس شدة الحالة الاكتئابية أكثر مما يقيس أعراض الاكتئاب، ويعبر عنها بلغة الأرقام. (Gelder et al, 1969,P53) (عن التركي، 2003: 121)

**2- المقياس العام للاكتئاب:** (Hautzinger, M. & Bailer, M (1997): وهو مقياس للتقويم الذاتي يتضمن أسئلة عن وجود الأعراض الاكتئابية مثل: عدم الثقة والتعب وفقدان الأمل والتقليل من قيمة الذات وفقدان الدافعية.... وكذلك مدة التأثيرات الناجمة عن الانفعالات الاكتئابية والكبح الحركي وأنماط التفكير السلبية ويعد مقياساً عملياً بسبب اختصاره للوقت والتكاليف. (Hautzinger & Bailer, 1997)

**1-1- مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory** الذي يرمز اختصاراً BDI، ويعدّ مقياس بيك من المقاييس واسعة الانتشار في ميادين علم النفس العيادي والطب النفسي، ويستخدم بنجاح منذ أكثر من ثلاثين سنة بوصفه أداة للتقويم الذاتي لتحديد الأعراض الاكتئابية وشدتها. (للتوسع انظر مقياس بيك بوصفه أداة للبحث الحالي (Beck, 1994, P187) بالإضافة إلى ذلك يمكن استخدام المقاييس الإسقاطية Projective ومن أمثلتها اختبار نقطة الحبر والمعروف باسم اختبار: «روشاخ»، وكذلك مقاييس الشخصية مثل مقياس آيزنك للشخصية وذلك من أجل تكوين صورة أكثر عمقا عن نمط شخصية المكتئب ودوافعها العميقة. (الشربيني، 2001: 197)

ونلاحظ مما سبق أن كل المقاييس السابقة سواء أكانت المقاييس التي تم تصميمها للتأكد من وجود أعراض الاكتئاب، أم لقياس شدته، أم لتقصي خصائص معينة عن شخصية المتعالج. إنها جميعاً توفر معلومات مهمة للطبيب والمعالج والباحث، تساعد في البداية على تحديد خطة العلاج المناسب (سواء أكان علاجاً دوائياً أم علاجاً نفسياً أم مشتركاً)، وفي تحديد التقنيات العلاجية النفسية المناسبة لذلك ومن أي عرض يبدأ. كما تساعد في النهاية على تقويم الأسلوب العلاجي المستخدم، من خلال التغيير الكمي الذي طرأ على حالة المتعالج خلال فترة العلاج.

### 1-2- الاكتئاب ومتغيرات أخرى:

#### 1-3-1- الاكتئاب وتقدير الذات:

تعد دراسة مفهوم الذات وتقديره من الموضوعات المهمة التي مازالت تتصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية، لقد حفل التراث السيكولوجي بدراسات عديدة، تناولت تقدير الذات باعتباره مفهوماً سيكولوجياً يتضمن العديد من أساليب السلوك، فضلاً عن ارتباطه بمتغيرات متباينة ومنحدرات شيء ما فهو يرتبط بالعلاقات الشخصية المتنوعة، مدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته ومع الآخرين، إلى جانب تحديد أهدافه الذاتية وتجدر الإشارة إلى أن تقدير الذات لا يتسم بالثبات فهو قابل للتغير. وفي الواقع بدأ مصطلح "تقدير الذات" في الظهور في أواخر الخمسينات، وسرعان ما أخذ مكانته المتميزة في كتابات الباحثين والعلماء. (علاء الدين كفاي، 1989: 102)



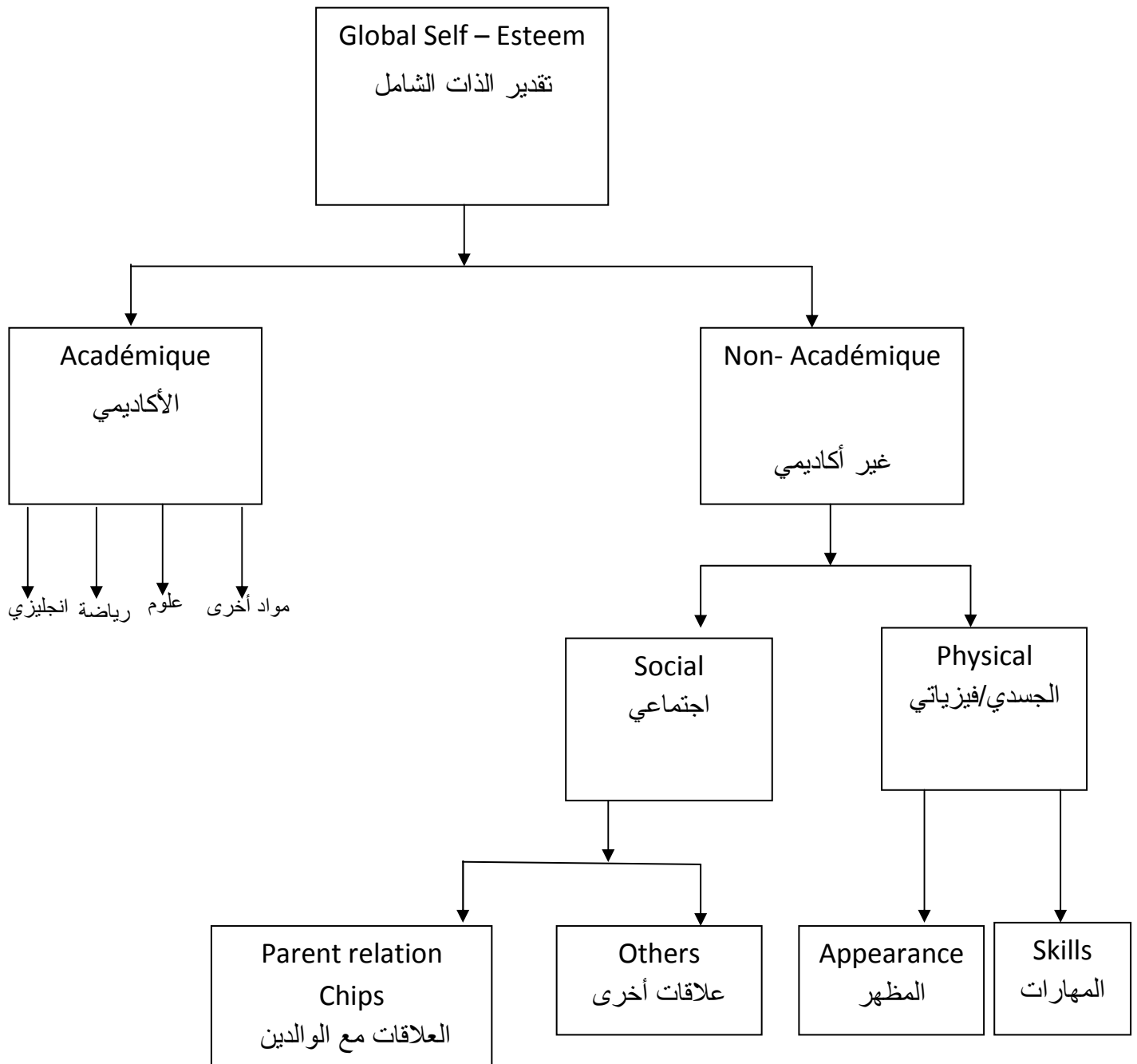
تعريف تقدير الذات:

ويرى كوبر سميث (CoperSmith ,1967) إن تقدير الذات هو الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد عن نفسه. (حسين علي محمد فايد، 1997 :145).

تعريف صفوت فرج 1991 تقدير الذات بوصفه اتجاه من الفرد عن نفسه يعكس من خلاله فكرته وخبرته الشخصية معها. هو بمثابة عملية فينومونولوجية يدرك الفرد بواسطتها خصائص الشخصية مستجيبا لها سواء في صورة انفعالية أو في صورة سلوكية. (صفوت فرج، 1991 :8).

بالإضافة إلى تعريف تقدير الذات فهناك ما يسمى بتقدير الذات الشامل (Global Self- Esteem) إحساس عام للفرد باحترام الذات (استحقاق الذات) Seif-Worth وهذا عنصر ثابت مع الوقت، بالإضافة إلى تقدير الذات الشامل أو العام فيمكن أن يكون لدينا شعور بالاستحقاق أو عدم الاستحقاق في مواقف معينة، تبعا لذلك فقد نشعر بعدم جدارتنا (أي تقدير ذاتي منخفض) فنجد ممارسة الأنشطة المختلفة وكانا متأثرين بأن لدينا تقدير ذات منخفض فإن هذا يؤثر على ممارسة الأنشطة المختلفة. (Denis, 1996, pp9)

والشكل رقم (1) الأتي يوضح سلسلة التقدير الذاتي



باختصار ينمو تقدير الذات كنتيجة للعلاقات الشخصية من خلال الإطار العائلي الذي يتميز بالتدرج إلى التأثيرات المدرسية وتأثيرات المجتمع الأكبر، يختار الفرد أن يعيش فيه ويعمل، هذه التأثيرات المتفرقة تفقد فاعليتها إلى حد يصبح عنده الفرد الذاتي القرار.

(Denis, 1996, pp10)

والطريقة التي يرى بها الفرد نفسه تعد في غاية الأهمية بالنسبة لصحته النفسية وفاعليته الشخصية وقدرته على الانجاز وفي تحديد أهدافه وطموحاته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين وفي تفسير سلوكه وقدرته على التعامل مع الآخرين.

(جيهان رشتى، 1993: 545، 546)

وقد كشفت دراسات كثيرة عن وجود عوامل تميز الأطفال المبتكرين مثل تحقق الذات وتقدير الذات وتأكيد الذات والاستقلال الذاتي ومفهوم الذات مما دعى (بنوس) أن، يطلق على متغيرات الذات جميعا بالعوامل الابتكارية. (مجدي عبد الكريم حبيب، 1991:227)

ويؤكد (براندن) إن الكفاءة الشخصية والشعور بالقيمة الشخصية والأخلاقية واحترام متغيرات أساسية يستلزمها تقدير الذات، ويمكن القول أن تقدير الذات هو إدراك الفرد لذاته من خلال المدركات التي تتكون إثناء تفاعله مع الخبرات البيئية التي تتأثر بصفه خاصة بالتعزيزات التي تصدر عن الأشخاص ذوي الأهمية في حياته والتفاعل معهم وهم عادة الوالدين والمدرسين والأقران (أمينة شلبي، 1993: 39)

وهناك نوعين من العوامل التي تؤدي إلى تكوين تقدير ذات عال أو منخفض لدى الأفراد:

أ) عوامل تتعلق بالفرد نفسه فلقد ثبت أنه يتحدد تقدير الذات لدى الطفل بقدر خلوه من القلق والخوف والطفل الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يكون تقديره لذاته مرتفعا أما إذا كان الطفل من النوع القلق غير المستقر تكون فكرته عن ذاته منخفضة.

ب) عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية أو المجتمع الذي يعيش فيه الفرد منها ظروف الاجتماعية والظروف التي تربي فيها الطفل كنوع التربية.

أن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبره تمثل فقداناً لها، وقد يكون فقدان واقعي أو فرضياً أو كاذباً وفي كل الحالات، فإنه يكون مبالغاً فيه، ويدركه الشخص على أنه دائم غير قابل للارتداد، كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات، بأن الشخص خاسر وليس له قيمة، وقد يعزو الفرد بسبب هذا **الحوادث** المؤلمة إلى عيوب نفسه، كما يحكم على خبرة تاليه حتى لو كانت بسيطة في جوانبها السلبية أو حتى مبهجة على أنها ترجع إلى نقص ذاتي.

وتؤدي المقارنات التي يجريها الفرد لذاته مع الآخرين إلى تخفيض تقديره لذاته Seif Esteem، وربما تكون النتيجة النهائية رفضاً تاماً من الفرد لذاته، وتؤدي هذه النظرة السالبة للذات إلى نظرة سالبة للمستقبل، ويصبح التشاؤم طاغياً على نظرة الشخص للحياة. (محمد محروس الشناوي، 1994: 150)

ويربط (مايكل ارجايل 1993) تقدير الذات ارتباطاً قوياً بالشعور الذاتي بالهناء وقد وجد أنه أقوى ارتباطاً به من أي متغير آخر في بعض الدراسات، ويقوم المكتتبون أداءهم على الأعمال المختلفة بصورة أكثر سلبية، ويقفون من قيمة كفاءة أدائهم، رغم أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن تقديرهم لدواتهم أكثر دقة وواقعية من تقدير الأسوياء لدواتهم، ولكن هناك تدهور في تقدير الذات أثناء فترات الشعور بالتعاسة، وربما كانت السعادة تؤثر على تقدير الذات والعكس صحيح. (شعبان جاب الله، 1993) (مايكل ارجايل، 1993: 153)

ويقول (انطوني ستور 1996) بأن الشخصيات المكتئبة تبدو — لسبب أو لآخر — مفتقرة إلى الشعور الفطري الباطن بتقدير الذات، فحين نصاب بالإخفاق يمكن الرجوع إليها لإعادة الطمأنينة إلى نفوسنا، ونحن نملك أيماناً باطنياً بقيمتنا منذ طفولتنا، وهو الذي يشد أزرنا حتى لو ابتلينا بالفشل أو الرفض أو الخسارة، ولكن الشخصيات المكتئبة تفتقر إلى مثل هذه الأيمان إنهم عرضه لأن يخرجوا بسهولة لأن إحساسهم بقيمتهم مستمدة كلية من مصادر خارجية. (انطوني ستور، 1996: 317).

وتعرض (رواية محمود 1995) العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات والقلق حيث أكدت على وجود علاقة ارتباطه سالبة عكسية بين تقدير الذات وبتغير القلق والاكتئاب، إن تقدير

الذات والقلق جانبان متضادان في تكوين الشخصية، فالفرد الذي لديه مفهوم إيجابي عن ذاته يكون أقل قلق، وكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته والعكس حيث أن العلاقة بينهما عكسية كذلك كلما اخفض تقديره لذاته زادت الأعراض عنده.

وقد وضح (روجرز) أن القلق يعتبر تهديد للذات، وكلما كان هناك عدم تطابق بين الذات وبين الخبرة، يصبح الفرد عرضة للقلق واضطراب الشخصية، ويصبح عرضه للاضطراب النفسي، وعدم التوافق لأنه أصبح ينظر للبيئة من خلال خبراته المؤلمة، وينظر إلى نفسه من خلال عجزه السابق في مواجهة التهديدات والإخاطر التي تعرض لها في طفولته. (رواية محمود، 1995: 27)

وأيضاً نجد كوبر سميث من خلال دراسة على الأطفال تراوحت أعمارهم بين 10-12 عام دراسة تقدير الذات لديهم من خلال مستوياته الثلاث مرتفعي، متوسطي، منخفض تقدير الذات وجد الأطفال ذوي تقدير الذات المنخفض يتميزون بالاكتئاب والقلق لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم، ليس لديهم ثقة نحو قدراتهم. (عبد الرحمن سيد سليمان، 1992: 90).

### 1-3-2- الاكتئاب والمهارات الاجتماعية:

**تعريف والمهارات الاجتماعية :** تلعب المهارات الاجتماعية دوراً هاماً في نجاح الفرد في شتى نواحي الحياة الشخصية، والعلاقات الاجتماعية والأسرية والدراسية، ومساعدة الأطفال المكتئبين على التخلص من أعراض الاكتئاب ومشكلات عدم التكيف مع المحيطين والأقران، لأن يتمتع الطفل بدرجة طيبة من المهارات الاجتماعية تساعده على تحقيق السواء النفسي.

**ويتجلى** أهمية المهارات الاجتماعية، **في أنها** تمثل مع القدرات العقلية، قطبي الكفاءة والفعالية في مواقف الحياة اليومية للفرد، وتفاعلاته مع المحيطين به، ويفسر ذلك أيضاً الإخفاق الذي يعانیه البعض في تلك المواقف، ممن يملكون قدراً منخفضاً منها، على الرغم من ارتفاع لقدراتهم العقلية، والذي يتمثل في عدم استثمار الفرص المتاحة لإقامة علاقات ودية مع مواقف المحيطين بهم، وعدم الحصول على المكانة الملائمة في العمل وبين الزملاء وزيادة الخجل في

التفاعل الاجتماعي، وما يترتب عليه من عزله اجتماعية مما يمثل عائقا في التعبير عن الذات. بل الأمر لا يقف في كثير من الأحيان عند حدود التفاعل الاجتماعي، وانخفاض الكفاءة الاجتماعية ونقص الفاعلية في المحيط الاجتماعية لإفراد، بل يصل إلى درجات متفاوتة من سوء التوافق النفسي والاجتماعي للإفراد الذين يعانون من انخفاض في الكفاءة الاجتماعية أو عدم توظيفها بالشكل المناسب، بحيث يقعون فريسة للأمراض النفسية والعقلية بمختلف أشكالها ودرجاتها. (أمل محمد حسونة، 1995). (معتز سيد عبد الله، 2000: 250، 251)

تحدد المهارات الاجتماعية في ضوء جوانب معينة من سلوك الفرد وخصاله وفي إطار ملاءمتها للمواقف الاجتماعي. (عبد اللطيف خليفه، 1997: 52)

### تعريف المهارات الاجتماعية :

تختلف تعريفات المهارات الاجتماعية باختلاف الموقف، وما يحدث في هذا الموقف من تفاعل مثمر لتحقيق الهدف المنشود، وذلك عن طريق إدراك الفرد للموقف الذي يواجهه. (عايدة على قاسم، 1997: 50)

يقرر (سبنسر 1991 Spencer) إن المهارات الاجتماعية هي المكونات المعرفية والعناصر السلوكية اللازمة للفرد للحصول على نواتج إيجابية عند التفاعل مع الآخرين مما يؤدي إلى إصدار الآخرين للأحكام وتقييمات إيجابية على هذا السلوك.

(Spencer.1991, P149)

ويعرفها (بيك 1991 Buck) بأنها قدرات نوعية للتعامل الفعال مع الآخرين في مواقف محددة بالشكل الذي يحقق أهدافا معينة سواء فيما يتعلق بالشخص أو الأشخاص الآخرين. (Buck,1991,pp87)

ويرى (صبحي عبد الفتاح الكافوري 1992) أن المهارات الاجتماعية هي مجموعة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية المتعلمة والتي تحقق للطفل التفاعل الإيجابي سواء في محيط الأسرة أو المدرسة أو الرفاق أو الغرباء، تؤدي إلى تحقيق أهدافه ويرضى عنها الجميع. (صبحي عبد الفتاح الكافوري، 1992: 7)

ويعرض **(السيد السمدوني 1994)** المهارات الاجتماعية، بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها، ووعية بالقواعد المستقرة وراء إشكال التفاعل الاجتماعي، ومهاراته في ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية، وقدرته على أداء وتهيئة الذات اجتماعيا. (السيد السمدوني، 1994: 462)

وتشير **(صفية محمد جيدة 1997)** إلى أن المهارات الاجتماعية تتمثل في قدرة الطفل على معرفة وتحديد الأهداف الاجتماعية واستراتيجيات تحقيقها، ومعرفة سياق التفاعل الذي تؤدي فيه سلوكيات معينة وفي قدرة على مراقبة أدائه وتعديلها وتوجيهها. (صفية محمد جيدة، 1997: 5)

### علاقة المهارات الاجتماعية بالاكْتئاب:

إذ يوجد ما يدل بقوة على أن الاكْتئاب في كثير من جوانبه يرتبط بفقر واضح في المهارات الاجتماعية حتى إننا نجد أن من محكات التشخيص الطبي للاكْتئاب، أن يتسم السلوك بوجود قدر واضح من الاضطراب في السلوك الاجتماعي والافتقار للمهارة الاجتماعية، ومن غير المعروف ما إذا كان الاضطراب السلوك الاجتماعي يعتبر نتيجة من نتائج الاكْتئاب، أو سببا له، والأغلب أن العلاقة بينهما مثلها في ذلك مثل كثير من العلاقات التي تصف السلوك في علاقته بالأمراض النفسية أقرب ما تكون إلى مايسمى بالعلاقة الدائرة (الحلقة المفرغة) ولكن هناك فقر واضح في المهارات الاجتماعية عند الطفل المريض نفسيا، فهو سرعان ما يلقي بمسئولية فشله الاجتماعي على نفسه، مما يجعله دائما عرض للوم نفسه بشدة. (عبد الستار إبراهيم، 1998: 229، 154 )

إلى جانب المهارات الاجتماعية التي يكتسبها الطفل من أمه، فهو أيضا يكتسب الاستجابات الانفعالية التي تعد من العناصر المهمة في التفاعل بين الإنسان وبيئته، وتحدث هذه الاستجابة ردا على كل تغير لهم يحدث في البيئة، حيث تؤثر الانفعالات بقوة في السلوك، والانفعال كذلك عنصر حاسم في طريقة حياتنا، كما يعد محدد لها ويصاحب الانفعال بعض الآليات (الميكانيزمات المرضية) ويعتقد أنه جزء في العديد من الاضطرابات النفسية، والنفسية الجسمية. (أحمد عبد الخالق، 1991: 2)

وهناك العديد من الدراسات التي أكدت على مدى نجاح برامج التدريب المهارات الاجتماعية في تخفيف الاكتئاب دراسة (Reed 1994) دراسة (Miller&Cole1998) (Domhue et al,1995)، ويرى أصحاب العلاج المعرفي أن العوامل المعرفية مثل التوقعات السلبية والتقويم الذاتي هي الأسباب الأساسية لقصور المهارات الاجتماعية كما تأخذ العوامل المعرفية شكل معرفة القواعد الاجتماعية والمخططات المناسبة في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ومن الجهود البارزة في هذا السياق ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي الذي قدمه الأزاروس Lazarus فيما سماه عادة البناء المعرفي للفرد Cognitive Restructring وكذلك العلاج المعرفي الانفعالي للمعتقدات غير العقلانية الذي قدمه Ellis وبالإضافة إلى النموذجية السابقين الأساسيين الذين استحدث منها أغلب الأساليب التي تستخدم في برنامج تنمية المهارات الاجتماعية. (معتر سيد عبد الله، 2000: 261). وتشير نتائج دراسة (محمد السيد عبد الرحمن 1998) حول المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال تتراوح أعمارهم بين 9 و 12 سنة . إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس، وكل من الاكتئاب واليأس لدى الأطفال. (محمد السيد عبد الرحمن، 1998: 9، 81)

**وأشارت** أيضا دراسة (كازدين وآخرون Kazdin et al 1986) حول اليأس والعلاقة بالمهارات الاجتماعية للأطفال في مرحلة العمرية بين 6-13 سنة وجد علاقة ارتباطية موجبة بين كل من اليأس ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية. (محمد السيد عبد الرحمن، 1998: 23، 24)

### 1-3-2 - الاكتئاب واليأس:

#### تعريف اليأس:

يعرفه بيك (Beck 1988) بأنه حالة نفسية ترتبط بأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية وتتضمن الاتجاه السلبي للشخص نحو النظر للحاضر والمستقبل، فالأشخاص اليائسون يعتقدون أن لا شيء يمكن أن يتحول ليكون في صالحهم، وعجزهم عن النجاح في أي عمل يقومون به وعجزهم عن تحقيق أهدافه. (محمد السيد عبد الرحمن، 1998: 18)



## تعريف معجم علم النفس والطب النفسي 1991:

اليأس هو الإحساس بأن حالة الفرد الحالية الجسمية والعقلية والاجتماعية، ليست على ما يرام وطبقا للإحصاءات التي أوردتها بعض المؤلفين أن حوالي 70% من المرضى الاكتئابيين يعتقدون أنهم لن يمشوا أبداً، وتكون مشاعر اليأس قوية بصفة خاصة عند الأطفال المراهقين ويحاول عدد منهم الانتحار كما تحدث هذه المشاعر أيضاً في حالات الاغتراب وانخفاض الروح المعنوية Demoralizatio وفي الحالات المبتدلة بالأسى والحزن. (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي، 1991: 1566)

وهناك عنصران معرفيان يحددان حالة اليأس:

1) توقع حدوث النتائج المرغوبة بسدة، أو توقع أن تحدث النتائج المرغوب عنها (المنفردة) بشدة.

2) الاعتقاد بأن الشخص لا يمكن أن يفعل أي شيء (أي أنه عاجز) لتغيير أرحيه وقوع تلك الأحداث. (أولتمانز وآخرون، 2000: 144)

وترى (مايسه أحمد النيال 1998) اليأس هو حالة وجدانية تشير إلى فقدان الأمل المتعدد في الذات، والآخرين، وفي المواقف، والإحساس بتجميد قدرة الفرد على التغيير والافتقار إلى حالة التأقلم مع أي موقف. (مايسه أحمد النيال، 1998: 71)

ويؤكد (كوكس Cox 1978) إن اليأس من الأعراض المميزة للاكتئاب، ويفقد المريض الأمل، ويشعر باليأس نتيجة افتقاره إلى مهارات التأقلم مع الضغوط والانعصاب Strees .

يشير (يونج وكليم Yang&Clum,1994) إلى أن اليأس يصلح كعامل مرادف يؤثر في الأعراض الاكتئابية بطريق مباشرة ويؤثر في التفكير الانتحاري بطريقة غير مباشرة.

(Yang&Clum.1994.pp127)

علاقة اليأس بالاكئاب:

يتصف المكتئبون بتعميم الفشل والنظرة السلبية للحياة وللذات والمستقبل مع اليأس وفقدان الأمل، والأعراض الاكتئابية في الطفولة تتشابه نظائرها لدى الراشدين، كما أن اليأس قد ينتج من الاكتئاب أو العكس، واليأس يرتبط غالبا بالاكئاب لدى الراشدين ويمكن اتخاذه معيارا للإقدام على الانتحار أو التفكير فيه أو محاولته وهو ما أكده (بيك) من قياسهم للمظاهر الوجدانية والدافعية والمعرفية للتوقعات السلبية لدى الراشدين والاحتمال الكبير أن ينسحب ذلك على الأطفال والمراهقين. (عبد الفتاح دويدار، 1992: 28)

ورغم أن محاولات الانتحار تكاد تكون نادرة لدى الأطفال فإن التقييم المبكر لدرجة اليأس لديهم يسهم في التنبؤ بميولهم الانتحارية مستقبلا. ويذكر (دافيسو ونيلي 1996 Daviso&Neale) إن الاكتئاب الأطفال يزيد من أطفال الانتحار وخاصة لدى أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عام. (Daviso&Neale.1996.P448)

وقدم (لوفكو بتزيو 1985) تقيما لمدى انتشار الاكتئاب واليأس بين الأطفال من خلال تقديرات الإقران والتقرير الذاتي ومقابلات تمت مع الأمهات وجد في النهاية أن هناك 5,2% من الأطفال يصابون بالاكئاب. (سلوى عبد الباقي، 1992: 445، 444)

كما توصل (سالتر 1990 Salter) إلى أن اليأس له تأثير بالنسبة للعلاقة بين الاكتئاب ونية الانتحار، ويبدو اليأس مؤشر أقوى لنية الانتحار، إذا ما قورن بالاكئاب. (Salter et al 1990.pp361-371)

وتقدم نظرية اليأس وإنعدام الأمل Hopelessness للاكتئاب نظرة مماثلة (إبرامسون، وميت لسكي، والوى 1989 Abramson, Metalsky&Alloy)

ووفقا لهذه النظرية فإن إدراك وقوع الأحداث السالبة— قد يؤدي إلى نمو اليأس وإنعدام الأمل، والذي بدوره يؤدي إلى بداية أعراض الاكتئاب.

حول التعرف على الفرق بين الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها أجري على عينة عمرها 17-24 سنة، على أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور

والإناث في كل من الاكتئاب واليأس وتصور وفي بحث الفروق بين الجنسين في الاكتئاب والجنس دلت دراسة (حسين علي فايد 1998) الانتحار. (حسين علي فايد، 1998: 41، 78)

#### 4-2- العلاج المعرفي-السلوكي

«تطلق تسمية الأساليب العلاجية المعرفية-السلوكية على تلك الطرائق العلاجية التي تستخدم مستوى المعرفة المطور في علم النفس الإمبريقي. وهي طرائق علاجية قائمة على نظرية التعلم (السلوكية) من جهة، وهي من جهة أخرى طرائق علاجية تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي. وتطلق على الأولى تسمية طرائق العلاج السلوكي وعلى الثانية طرائق العلاج المعرفي. وبالنظر إلى هاتين الطريقتين العلاجيتين المختلفتين مفاهيمياً اللتان لا تستخدمان اليوم مع بعضهما بانتظام فحسب، وإنما **مدمجتان** مفاهيمياً، فإنه يتحدث عن طرائق العلاج المعرفية-السلوكية». (غراوه وآخرين، 1999: 183) ويتضح ذلك في الجمع بينهما في صيغة واحدة هي Cognitive-Behavior Therapy وسنرمز لها اختصاراً CBT أو CT. كما يتضح أيضاً من مجموعة التقنيات العلاجية التي تجمع الأسلوبين معا **أين هي هذه التقنيات** ؟؟؟؟؟ ونتيجة لهذا التوجه الجديد، فإن الفرد لم يعد مجرد حصيلة سلبية لتأثيرات المحيط في حياته — كما ترى المدرسة السلوكية — وإنما مشارك نشط في عملية نموه المعقدة. (عن كمال، 1994: 286).

فالإنسان يؤثر في المثيرات الموجودة في محيطه، يحاول تعديلها، ثم يشكل تصوراً جديداً عنها، يؤثر في سلوكه من جيد، وهذا هو التفاعل المستمر بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية.

ومن هذه الأساليب «العلاج العقلاني الانفعالي لإليس Rational-Emotive Therapy Ellis (RET) والتعديل المعرفي السلوكي لمكنباوم Meichinbaum وعلاج حل المشكلات لغولد فريد Gold fried والعلاج المعرفي السلوكي لبيك Beck والعلاج بضبط الذات لريم Rehm وغيرها. ويتفق المعالجون على اختلاف أساليبهم في أن الاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية وافتراسات خاطئة بينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به» (Dobson, 1988,P12).

## 4-2-1- مفهوم العلاج المعرفي - السلوكي:

يشمل العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق (Distress) النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية (Self-Signals) المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي تعدّ المصدر المباشر للضيق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره. وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة، أو تغييرها. (Beck 1976,p214).

لقد تميز العلاج المعرفي-السلوكي CBT أو CT منذ نشأته بتأكيد موضوع «الها والآن here-and-now»، وعلى ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلفة وظيفياً، أخذاً بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها. (Freeman&Lurie, 1994,P3) فهو يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، كما يختلف عن العلاج السلوكي الذي يهمل التفكير وعالم المتعالج الخاص به، ويمثل هذا الاختلاف بما يلي:

## الشكل (2) يبين مقارنة بين المداخل السلوكي والتحليلي والمعرفي-السلوكي

مثيرات ← انفعال (المدخل السلوكي)

مثيرات ← انفعال (المدخل التحليلي)

مثيرات ← انفعال (المدخل المعرفي - السلوكي)

(عن Beck,1976,P55 بتصريف)

ويعتبر " بيك " المعنى الخاص للحدث، هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له، هذا المعنى موجود في مفردة معرفية a cognition وهي عادة، فكرة، أو صورة، خيالية، أو حكم قيمة Value Judgment.

ويستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته من ملاحظات المتعالجين لأفكارهم ومشاعرهم، (Burns,1991,p88) وخلال عملية **الملاحظة**، يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف إلى التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلة وظيفياً للمعالج وتشخيصها ودحضها وتجريبها وتعديلها، بمساعدة المتعالج محدثة تغيراً في كيفية رؤيته لذاته وللعالم وللمستقبل، وذلك من خلال منهج تساؤلي سقراطي Socratic يعرف باسم الاكتشاف الموجه **guided discivery** لجعل التشوهات المعرفية تظهر بتتبع الأفكار التلقائية أو الأفكار العفوية التي ترتبط بمزاج معين أو حالة مزاجية معينة. ويتم تقويم (Evaluation) هذه الأفكار العفوية المعممة بالتعاون مع المتعالج، من أجل معرفة محتواها ودرجة اعتقاده بها، وتأثيرها في مزاجه، وذلك لمساعدة المتعالج للتخلص من تشوّهاته المعرفية إن استطاع أو على الاستجابة لها بمرونة أكبر. (Freeman&Lurie,1994,P4,9)

#### 4-3- الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي-السلوكي:

يعود تاريخ العلاج المعرفي إلى زمن الفلاسفة الرواقيين Stoic Philosophers (القرن الرابع قبل الميلاد) أمثال (زينون Zeno وكريزيبوس وسيسيرو Cicero وايكتيتوس Epictetus وسينيكا Seneca) وكذلك كل من نهج نهجهم مثل (سبينوار وبرتاندراسل). وتتلخص الفلسفة الرواقية في جوهرها وحسبما جاء عن إبيقور «أن البشر يضطربون ليس من الأشياء بل من الآراء التي يعتقدونها عنها». (Ellis,1987, P3)

ولم يقتصر الأمر على الفلاسفة الرواقيين، بل الفلاسفة الشرقيين أيضاً مثل الفلسفة الطاوية والبوذية Taoism and Buddhism إذ أكدوا أن الانفعالات الإنسانية تركز على الأفكار وأن التحكم بمعظم المشاعر عن طريق تغيير الأفكار. (Beck et.al, 1979, pp 8-9) (عن إبراهيم، 198: 221). وكذلك فلاسفة المعاصرون القرن الثامن والتاسع عشر أمثال (كانط Kant وجاسبر Gaspers) وآخرين أثروا تأثيراً كبيراً في تطور العلاج المعرفي (Beck et.Al, 1979, pp 8-9) وكذلك طريقة العلاج الكلامي لفرانكل (Frankl 1985) ونريات (ماهوني Mahoney 1985) (وغويدانو وليوتيو Guidano&Liottio 1955) حول البنائية، التي أدت دورها أيضاً في صوغ نماذج من العلاج المعرفي. وقد أكد هؤلاء المؤلفون أهمية العوامل

المعرفية في إيجاد المعاني في الحياة وفي تعزيز التطور الشخصي. ( Beck et.Al, 1979, pp 8-9) خلط في الترتيب الزمني لظهور الدراسات

وفي القرن العشرين كان هنالك عدد من التطورات في مجال العلاج النفسي أسهمت في صوغ طريقة العلاج المعرفي، فقد ذكر فرويد في أعماله «أن عدداً كبيراً من الظواهر الهيستيرية يحتمل أن تكون فكرية». وكذلك (آدلر **Adler 1936**) وهو من أتباع فرويد المحدثين أن «سلوك الشخص ينبع من أفكاره» فقد كان له بصمات واضحة على تطور العلاج المعرفي، عندما قال «الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نستخدم منها ما يلائم أغراضنا، ونحن محددون ذاتياً بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا». وبذلك يعتبره إليس المروج الرئيس للعلاج العقلاني- الانفعالي (ABC) (عن ملكية، 1990: 190) ، ويرى (إليس ودرين **1987**) أن العلاج المعرفي السلوكي قد تأثر بأعمال (كارين هورني **1990 Horniy**) وخاصة ما يخص الألفاظ القاهرة للذات التي يفرضها الفرد على ذاته وتسبب له المتاعب النفسية مثل: الينبغيات Shoylds والتفكير التقييمي الدوغمائي<sup>1</sup> (Ellis & Dryden 1987.P80) ، ويأتي (إليس **Ellis 1962-1985**) ليصوغ طريقته في العلاج النفسي مطلقاً عليها تسمية العلاج العقلاني-الانفعالي، مشدداً على العلاقة بين السلوك والانفعال والتفكير، فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك يكون جيداً، والانفعال يكون إيجابياً، ودافعاً لمزيد من النشاط والبناء. أما إذا كانت طريقة التفكير غير معقولة وغير منطقية كان السلوك والانفعال كلاهما على درجة مرتفعة من الاضطراب (Ellis,1987,P6)

لقد شككت طريقة "إليس" الرافد الأساسي للعلاج المعرفي الذي انطلقت منه فيما بعد علاجات معرفية أخرى منها العلاج المعرفي وفق منهج بيك<sup>2</sup> Beck، وكذلك (ميكنباوم **1977 Meichenbaum**) الذي أضاف طريقة التدريب على التعليمات الذاتية، (ولازاروس **1985-1976 Lazarus**) الذي دمج العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي ضمن منظومة علاج متكامل أسماه العلاج متعدد المحاور. (Freeman&Lurie, 1994, P3)

<sup>1</sup>- الدوغمائية Dogmatism القطيعة: وتعني توكيد الرأي أو القطع به من غير مبرر كافٍ.

<sup>2</sup>- يعتبر بيك واضع البنية الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي (كمال، 1994: 287).

ونلاحظ مما سبق أن الأساليب العلاجية النفسية المعاصرة تستند إلى أسس ونظريات مختلف العلاجات السابقة، لقد بنيت على بعضها، فاستفاد المعالجون من هذه الأسس، لذلك كثيراً ما نجد المعالج الحالي سواء أكان سلوكياً كان أن تحليلياً يستند إلى العوامل الفكرية في تعديل سلوك المتعالج، بقصد أم بغير قصد، وهذا من تأثيرات خلفيته النظرية لكل أنواع العلاجات السابقة.

#### 4-4-4- معايير وأهداف العلاج المعرفي:

لقد حقق العلاج المعرفي معايير نظام العلاج النفسي، وهذه المعايير كما ذكرها هيليس (1999) هي:

أولاً: نظرية شاملة.

ثانياً: دعم النظرية بالملاحظة والتجربة.

ثالثاً: نظرية جاهزة للتنفيذ اعتماداً على المبادئ النظرية.

رابعاً: دليل بالملاحظة والتجربة على فاعلية العلاج النفسي. (Hales et.All 1999, P1206)

ويهدف العلاج المعرفي-السلوكي CBT **أولاً إلى التعرف على التفكير المختل وظيفياً<sup>1</sup>** (التحريفات/الأخطاء المعرفي) للمتعالج، ثم اختبار الفرضيات التي تكونت من خلال الميراث الثقافي لكل فرد المخططات (Schemata)<sup>2</sup> واختيار الأفضل والأقوم بين فروض بديلة أكثر واقعية ومنطقية. وهذا يتطلب استخدام مبادئ إبستمولوجية<sup>3</sup> معينة ومجموعة من التقنيات

<sup>1</sup>- لا يوجد شيء إما جيد وإما سيء ولكن التفكير يجعله كذلك.

<sup>2</sup>- المخططات: هي تراكيب افتراضية/ بناءات معرفية عميقة تقود عملية معالجة المعلومات وفهم التجارب الحياتية وتبدأ بالتشكل كقوة ذهنية في المعارف والسلوك في مرحلة الطفولة المبكرة ثم تتطور وتتنظم لتثبت في سنوات الطفولة المتوسطة، إنها تراكم لتجارب المرء يتعلمه ضمن مجموعة الأسرة والعينة الدينية أو الطائفية أو المجموعات الإقليمية في المجتمع الأوسع.

<sup>3</sup>- الإبستمولوجيا: (Epistemology) وتعني باللغة الفرنسية فلسفة العلوم ، أي دراسة مبادئ العلوم وفرضياتها ونتائجها دراسة انتقادية توصل إلى إبراز أصلها المنطقي وقيمتها الموضوعية. وتعني باللغة الإنكليزية نظرية المعرفة، ورغم أن المعنى الأول يشكل مدخلاً للمعنى الثاني فإن المقصود هنا هو المعرفة من حيث طبيعتها وحدودها ومعاييرها. (صليبا، 1982: 33)

المعرفية والسلوكية يفترض بواسطتها حدوث تغييرات في مزاج المتعالج وأفكاره وسلوكه مثل أداء الدور الواجبات-التخيل-الاسترخاء-النمذجة.....الخ

والهدف الثاني هو التركيز على العلاقات البينشخصية (Interpersonnal) المتبادلة مع الآخرين، فنحن لانحيا في فراغ اجتماعي، وعلاقات المرء مع الآخرين الذين يهتم بهم كما لأصدقاء وزملاء العمل والأهل كلها تركز على مخططات (Schemata) وهي المحور الأساسي للعلاج المعرفي، وأما الهدف الثالث فيكون ي تعلم المتعالج استجابات وسلوكات مكتفية أكثر مع الواقع.

(Dattilio and Freeman, 2000, P5, 7)

تساعد طريقة CBT المتعالج على أن ينمي طرائق جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات، فالمعالج هنا لا يستطيع أن يحل للمتعالج كل مشكلة تزعجه. إن المتعالج هنا بمعنى ما «يتعلم كيف يتعلم» (Learning to learn) قد أطلق بيك على هذه العملية «التعلم الثاني» (Beck,1976,p229)

ويعتمد العلاج المعرفي- السلوكي على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل هو يقوم بدور موضوعي بعيداً عن إصدار الأحكام. (Beck,1993,p195) كما يعتمد في تنفيذ الاستراتيجية المعرفية العلاجية مزيجاً خاصاً من التقنيات السلوكية والمعرفية، المبنية على طبيعة المشكلة ونوع التشوهات المعرفية. (Beck et.AI, 1979, p 6)

لا يستغرق العلاج المعرفي- السلوكي فترة علاجية طويلة، فهو يتطلب ما بين 15 و20 جلسة تركز في الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعياً على الأقل لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعياً لمدة 10-15 أسبوعاً، وغالباً ما يتبع العلاج الناجح جلسات متابعة على فترات، للمحافظة على النتائج التي تحققت والاستمرار في دعم وتقوية



المتعالج. والزمن المخصص لكل جلسة علاجية 50 دقيقة تقريباً باستثناء الجلسة الأولى التي تتطلب ضعف هذا الوقت. (م، س).

وبذلك يكون العلاج المعرفي-السلوكي علاجاً نشطاً، تعاونياً، توجيهياً، تعليمياً، قصير الأمد، أهدافه واضحة ومحددة. (Dattilio and Freeman, 2000, P8).

#### 4-5- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي-السلوكي على مجموعة من المبادئ التي يركز عليها في تحقيق أهدافه العلاجية، ومن هذه المبادئ:

##### 1- المشاركة العلاجية:

يعدّ التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج المعرفي-السلوكي، أن

التخبط في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة، ويجهد المتعالج من جهة أخرى. لذلك يكون من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية بينهما، كأن يعمل الطرفان كما يرى بيك «كفريق على الطول الموجي (Wavelength) ذاته». (Beck et.Al, 1979, p 54).

وللحد من هذا التخبط يتوجب على كل من المتعالج والمتعالج، أن يصلا إلى اتفاق في الرأي بصدد ماهية المشاكل التي تتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف والمدة الزمنية لبلوغه. (Beck,1976,p220).

ويرى بيك 1976 أنه من المفيد اعتبار العلاقة بين المعالج والمتعالج جهداً مشتركاً، فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المتعالج، بل أن يتحالف معه ضد مشكلته. كما أن تركيز الاهتمام على حل مشكلات المتعالج لا على عيوبه الشخصية المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يتفحص مصاعبه بموضوعية أكثر، ويذهب عنه مشاعر الخجل والدونية. (Beck,1976,p221) ويساعد مفهوم التشارك Partnership المعالج على أن يحصل على تغذية راجعة قيمة عن كفاءة التقنيات العلاجية وعلى مزيد من المعلومات المفضلة عن تفكير المتعالج، ومشاعره، وسلوكه. (Freeman&Lurie, 1994, P13).

إن تنفيذ التعاون بين المعالج والمتعالج بهذا الشكل يستدعي أن يتصف المعالج بخصائص كالنقبل والدفء والتفهم. (باترسون، 1990: 36) تساعد أكثر في تحقيق أغراضه العلاجية ويعدّ الواجب المنزلي جزءاً مهماً من العملية العلاجية، لزيادة مستوى النشاط لدى المكتئب من جهة ولاختبار التشوهات المعرفية الخاصة بعدم كفاءته المفترضة. ويستخدم لذلك جداول نشاط يومي وأسبوعي، وجداول الإتقان والرضا.... الخ. (Beck et. Al, 1979, p 56) **فقرة شاردة**

## 2- بناء الثقة: Establishing Credibility

يتطلب بناء الثقة تجنب المعالج الطرائق التسلطية التي تقود من جهة تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات، ومن جهة أخرى تقود إلى المقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين فالمتعالجين المكتئبين مثلاً غالباً ما يفترضون أن اضطرابهم الانفعالي سوف يدوم ويتفاقم ولن يفيد العلاج معهم. (عن باترسون، 1990: 37)

ويرى بيك 1976 أن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المتعالج رسالة مثل (إن لديك أفكاراً معينة تضايقك، هذه الأفكار قد تكون صحيحة، وقد تكون غير ذلك فدعنا نفحصها). إن هذا الموقف المحايد يشجع المتعالج على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ. (Beck, 1976, p222)

## 3- اختزال المشكلة: Problem Reducing

ينطوي تخفيف المشكلة على ثلاث خطوات:

أ- التعرف إلى المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.

ب- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب: فعندما يتركز العلاج لدى المكتئبين مثلاً على عناصر مثل نقص الاعتبار أو التوقعات السلبية يمكنه أن يؤدي إلى تحسن في المزاج وفي السلوك الظاهر وفي الشهية ونمط النوم لدى المتعالج.

ت- تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض تأكيدها لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان للأهلية.(عن باترسون، 1990: 37)

#### 4-تعلم كيف تتعلم: learning to learn :

ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه، ولا من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً لأن بالمشاركة العلاجية يساعد المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته، بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم. (Beck,1976,p229)

إن طريقة «حل المشكلات» في العلاج النفسي تعلم طرائق جديدة في تناول المشكلات، فهي تنقل عن كاهل المعالج كثيراً من المسؤولية، وتدفع المتعالج دفعا مباشراً إلى مواجهة مصاعبة بنشاط أكبر هذه الطريقة تزيد الثقة بالنفس وترفع من تقدير الذات لدى المتعالج. (Dobson, 1988, P20)

إن تعلم التعلم يشمل أكثر بكثير من اتباع بعض تقنيات يستخدمها المتعالج في حل مجموعة كثيرة من المواقف. فهذه الطريقة (حل المشكلات) تهدف في الأساس إلى إزالة العوائق التي كانت تمنع المتعالج من الاستفادة من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية لأن معظم المتعالجين هم أناس أعاققت نموهم النفسي-الاجتماعي مجموعة معينة من الاتجاهات وأنماط السلوك سيئة التكيف، فالمتعالجون عموماً يحالون أن يتجنبوا المواقف التي تسبب لهم الحرج ومن ثم فإنهم لا يستحدثون لديهم تقنيات المحاولة والخطأ التي هي شرط أساسي لحل جميع المشكلات، ومن ثم فإنهم لا يتعلمون أن يحرروا أنفسهم من ميلهم إلى التشويه والمبالغة.

#### 4-6- أهداف العلاج المعرفي-السلوكي:

يلخص كل من (بيك 1979 وفريمان 1994 وبيلاك 985 ميكنباوم 1977 وباترسون

1990)أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية:

- 1- تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
  - 2- مساعدة المتعالج على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
  - 3- مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
  - 4- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات/أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب (التغيير المعرفي - السلوكي). (Dobson, 1988, p14)
  - 5- تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة. (Trower et. Al, 1999, p5)
  - 6- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية. (Freeman&Llurie, 1994P6)
  - 7- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات. (Dobson, 1988, p13)
  - 8- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثمّ تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي (Meichenbaum,1979,p107)
  - 9- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة.
- 4-7- الأساليب المختلفة للعلاج المعرفي-السلوكي:

هناك العديد من الأساليب والطرائق العلاجية التي تمّ تطويرها من قبل باحثين أو معالجين مختلفين يمكن إدراجها ضمن العلاج المعرفي-السلوكي، ويفسر هذا التنوع إلى حد ما باختلاف نشوء النظريات عند أولئك الذين ابتكروا استراتيجيات التدخل Intervention Strategies المعتمدة على الخلفية المعرفية للاضطرابات ، فمثلاً بيك Beck وإليس Ellis الذين ألفوا مبدأ

العلاج العقلاني-الانفعالي والعلاج المعرفي السلوكي على التوالي انطلقوا من خلفية التحليل النفسي. وعلى خلاف ذلك فإن (غولد

فريد Goldfried وماهوني Mahoney وميكنباوم Meichenbaum) تدرّبوا من حيث الأصل على مبادئ التعديل السلوكي. ويرى (ماهوني وآرنكوف Mahoney&Arnkoﬀ) أن أساليب العلاجات المعرفية السلوكية المعاصرة تنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسة هي:

- 1- إعادة تكوين البنية المعرفية CR = cognitive restructuring
- 2- العلاج بالتدريب على مهارات المواجه CS = Coping skills therapies
- 3- العلاج عن طريق حل المشكلات PS=Problem – solving thérapies

ويوضح الجدول التالي تاريخية الأساليب المعرفية – السلوكية A Chronology (الكرونولوجي) التي يشملها التقسيم السابق.

الجدول (1) يبين أنواع العلاجات المعرفية – السلوكية تاريخياً

نوع العلاج	المؤلف	اسم العلاج	العام
CR	إليس Ellis	Rational-Emotive العلاج العقلاني- الانفعالي Therapy	1962
CR	بيك Beck	cognitive therapy العلاج المعرفي السلوكي	1963
CR	ميكنباوم Meickenbaum	Srlf- العلاج بالتدريب على التعليمات الذاتية- industructional training	1971
CS	ريتشارد وسوين Richardson&Suinn	التدريب على تدبّر القلق -management training Anxiety	1971
PS	غولد فريد D'zurilla&Goldfried	العلاج عن طريق حل المشكلات Problem – Solving Terapy	1971
CS	ميكنباوم Meickenbaum	التدريب التحصيني للإرهاق Stress inoculation training	1973
CS	غولد فريد Goldfried	إعادة البنية العقلانية المنظومية Systematic rational restructuring	1974
PS	ماهوني Mahoney	العلوم الشخصية Rational science	1974
CR	مولتسبي Maultsby	العلاج بالسلوك العقلاني Behaviour Therapy Rational	1975
PS	ريم Rehm	العلاج بضبط الذات Self-control therapy	1977
CR	جيدانو وليوتي Guidano&Loitti	العلاج النفسي البنيوي Strucural Psuchotherapy	1983

(Dobson, 1988, p12)

ويوضح ماهوني أن الأساليب التي وردت تحت عنوان إعادة تكوين البنية المعرفية، تفترض أن الاضطراب النفسي هو نتيجة للأفكار سيئة التكيف. وبالتالي يكون هدف التدخلات السريرية هو تكوين نمط تفكير متكيف. وبالمقارنة نجد أن الأساليب التي تعتمد على مهارات

المواجهة تمثل مجموعة غير متجانسة من التقنيات بحيث يكون التركيز الأكبر فيها على تطوير مخزون مهارات المتعالج لمساعدته في مواجهة الواقع. أما الأساليب التي تعتمد على طريقة حل المشكلات فترتكز على مجموعة من تقنيات إعادة تكوين البنية المعرفية - السلوكية وإجراءات التدريب على مهارات مواجهة. (Dobson, 1988: p13)

وفيما يلي عرض لأكثر الأساليب السابقة شيوعاً في علاج الاكتئاب:

### 1- العلاج المعرفي وفق نظرية إيس:

أطلق (ألبرت إيس 1970 Albert Ellis) على طريقته في العلاج المعرفي تسمية علاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy ويرمز لها اختصاراً بـ (RET)، وذلك بعد أن مارس التحليل النفسي سنوات بقي خلالها متسائلاً عما إذا كان الاستبصار الشخصي الذي كان من المفترض أن يقود إلى التغييرات العلاجية وفقاً لنظرية التحليل النفسي يؤدي إلى تغييرات سلوكية من الممكن أن تدوم «لكنني غير مقتنع بالنتائج التي توصلت إليها» (Ellis, 1962, p9)

ويعتمد إيس في علاجه على العلاقة التفاعلية للعمليات النفسية الإنسانية فالمعرفيات والسلوكيات والانفعالات لا تتم خبرتها في عزلة عن بعضها بعضاً، وغالبا ما تتشابك لدرجة ذات معنى (Ellis, 1987, p5)

وذلك وفق نظريته (أ) (ب) (ج) حيث:

(أ) الحادثة المنشطة (Active Events) و(ب) طريقة التفكير والتأويل (المعتقدات) (Beliefs) و(ج) النتائج السلوكية والانفعالية (الاضطراب) (Consequences)

ويعتقد إيس أن الأحداث أو النشاطات (أ) ليست هي السبب في الانفعالات (ج) لكن الأفكار والمعتقدات التي نكوها عن الأحداث أو النشاطات (أ) هي السبب للانفعالات، أي أن (ب) وليست (أ) هي السبب في (ج). (عن العزة والهادي، 1999: 141)

ومن ثمّ يكون الهدف من العلاج هو تحدي هذه الاعتقادات غير المنطقية التي تشكل الأساس في الاضطراب الانفعالي. (Dobson, 1988, p14)

ويفترض إليس «أن الفرد يمتلك استعداداً فطرياً وميلاً مكتسباً لأن يفكر ويتصرف تصرفاً غير منطقي». ولذلك لكي تكون انفعالات سوية ومناسبة يجب على الفرد أن يراقب باستمرار ويتحدى نظام الاعتقاد لديه. (Ellis, 1979, p20)

لقد لخص إليس الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية وسوء التكيف في ثلاث حتميات وهي:

1- يجب علي أو ينبغي لي أن أؤدي جيداً وأن أكون محبوباً من جانب الآخرين..الخ وذلك ما عبر عنه بالينبغيات: يجب (Musts)، يتعين (Shaulds) ... الخ

2- يجب عليك أن تعاملني برفق وبعدل، ومن المفزع ألا تفعل، فإني حينئذٍ لا أستطيع تملك ولا تحمل سلوكك. وتكون حينئذٍ شخصاً سيئاً.

3- يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب مليء بالحظ، وأن يمنحني كل شيء أريده فوراً، ومن المفزع ألا يفعل ذلك، إنه حينئذٍ يكون عالماً بغيضاً. (الشناوي، 1994: 107)

(Trower et.al, 1999, pp3-41)

### عملية العلاج:

تتلخص عملية العلاج عند إليس في معالجة اللامعقول بالمعقول. وبما أن البشر لهم إمكانيات أن يكونوا عقلانيين، فإن لديهم القدرة على تجنب أو إلغاء معظم الاضطراب الانفعالي أو التعاسة من خلال تعلمهم التفكير بعقلانية. وهذا ما يحدث في عملية العلاج. ويكون دور المعالج أو المرشد مساعدة المتعالج على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المنطقية وأن يحل محلها أفكاراً واتجاهات منطقية وعقلانية. (الشناوي، 1994: 109).

ويتألف العلاج الانفعالي المنطقي «من ثلاثة أطوار متداخلة: تحليل (الذات) المنطقي،

تمارين التوهم أو الخيال الانفعالي المنطقي Rational-Emotive Imagination or fantasy



وتدريب السلوك. وتعد طريقة إدارة المحادثة الجدلية Argumentative على نحو «الجدل السقراطي»، والملاحظة المنهجية للذات لإبراز «القناعات غير المنطقية» والتشكيك بها، وتحليل الموقف والفعل فيما يتعلق بالسلوك «غير المنطقي» من التقنيات «المنطقية» بشكل خاص. وفي العلاج يتم العمل بشكل ملموس قدر الإمكان بهدف أن يتمكن المتعالج من تبني الإجراء واستخدامه في المستقبل في مشكلات جديدة». (غراوة وآخرين، 1999: 188، 189).

كما و«يستفيد المعالجون الذين يعتمدون أسلوب العلاج العقلاني - الانفعالي فضلاً عن أسلوب المناظرة والجدل يستفيدون وبأسلوب انتقائي لمجموعة واسعة من التقنيات التي تتضمن المراقبة الذاتية للأفكار، العلاج بالقراءة، التخيل الانفعالي العقلاني، أداء الدور، التدريب على مواجهة الخجل، الاسترخاء، التدريب على المهارات». (Ellis, 1979, p30)

ومما يؤخذ على عملية العلاج العقلاني الانفعالي مغالاتها في تأكيد أهمية الجانب الفلسفي، فقد انعكست نظرة إيس الفلسفية على طريقته في العلاج وخاصة ما يتعلق بأهداف علاجه مثل المصلحة الشخصية، المصلحة الاجتماعية، التسامح مع الذات والآخر، التفكير العلمي، المنظور غير المثالي للحياة.. الخ كما يؤخذ على هذه الطريقة إعطائها دوراً أقل للعلاقة التشاركية، وللانفعالات، فضلاً عن طريقة إيس ربما لا تتناسب مع جميع أنواع الحالات الشديدة الاضطراب منها وقيلة الذكاء، ولكن ذلك لا يقلل من أهميتها لأنه شكلت الأساس الفعلي لجميع الأساليب المعرفية - السلوكية الأخرى التي انطلقت من بعد إيس.

## 2- العلاج السلوكي وفق ليفينسون:

«طور (1968 Lewinshn) واحداً من أوائل برامج العلاج السلوكي لحالات الاكتئاب، إذ افترض أن الاكتئاب ينتج عن انخفاض في التقدير الإيجابي للاستجابات أو زيادة في الخبرات المنفرة أو مجموعة من الاثنين. كما افترض أن الافتقاد الأساسي في خبرة الشخص قد ينتج عن البيئة أو لعدم ملاءمة المهارات للحصول على معززات وتقليل الخبرات المنفرة أو تناقص القيمة التعزيزية للأحداث الموجبة وزيادة القيمة التعزيزية للأحداث». (الشناوي وعبد الرحمن، 1998: 317). وهذا يجعل الفرد أكثر اكتئاباً وأقل تعزيراً وهكذا دواليك، ويتجه العلاج وفق ليفينسون نحو كسر هذه الحلقة المفرغة.

وصف «(هوبرمان وليفينسون 1985 Hoberman&Lewinshn)» «ومن ثمّ يكون هدف العلاج هو التعرف إلى العلاقة بين السلوك والمشاعر، وإلى العلاقة بين الأحداث والمزاج، والتركيز على الأحداث السارة (م.س) حيث يتم «تصميم برنامج فردي مركب للمتعالج عليه يتجه إما نحو إعادة بناء النشاطات (الحداث الممتعة) التي يمكن للمتعالج أن يحظى من خلالها بالتعزيز ثانياً، أو نحو بنائها من جديد. ويتم الضغط على المتعالج للقيام بنشاطات معينة ودعمه بفعالية وذلك بعقد. اتفاقيات سلوكية وتنفيذ تمارين سلوكية بينهما كما يتم تعزيز المتعالج تعزيزاً منهجياً لسلوكه الفاعل..الخ. ومن اجل تنصيب مثل هذه البرامج التعزيزية المنهجية يتم استخدام مجموعة كاملة من التقنيات العلاجية السلوكية. ويكون المعالج في هذا الشكل العلاجي فاعلاً جداً، ويتولى القيادة والمبادأة ويرشد ويوجه توجيهاً هادفاً، إلى أن تعود نشاطات المتعالج للاستمرار والبقاء من خلال التعزيز الداخلي» (غراوه وآخرين، 1999: 195).

### 3- العلاج المعرفي وفق منهج بيك:

يقرر بيك صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، أن منهجه نسق علاجي يقوم على أساس نظرية في البسيكوباتولوجيا<sup>(1)</sup>، ومجموعة من أسس وأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الامبيريقية.

وقد استمد بيك نظريته في العلاج المعرفي - السلوكي من مصادر ومناهج نظرية أهمها: المنهج الفينومينولوجي في علم النفس، والنظرية البنوية لكانت (Kant) ونظرية الأعماق لفرويد، ومن إسهامات علم النفس المعرفي وبخاصة مفهوم البنية المعرفي والعمليات المعرفية اللاشعورية، وفي مقدمة من أسهموا في هذا المجال من المعرفيين جورج كيللي في مفهومه هن البناءات الشخصية Personal constructs بوصفها محددات لسلوك، وكذلك النظريات المعرفية في الانفعالات لـ (آرنولد 1960 Arnold) و(لازاروس 1966 Laearus) (عن مليكة، 1990: 226).

1- البسيكوباتولوجيا: Psychopathology علم النفس المرضي.

وفي نهاية الخمسينيات قام بيك «بمجموعة من البحوث والملاحظات السريرية، والتي قادت فيما بعد إلى نشوء العلاج المعرفي للاكتئاب. إذ لاحظ أن الأفراد المكتئبين يكشفون عن تشوهات منتظمة في أنماط تفكيرهم. ونتيجة لذلك قام بتوضيح علاج معرفي شامل للاكتئاب تم توسيعه فيما بعد ليشمل عدداً متنوعاً من الاضطرابات مثل الرهاب والقلق، اضطرابات الشخصية، المخاوف المرضية... الخ إذ يقوم العلاج على أساس العلاقة الوثيقة بين المعرفيات والانفعال، أي الاستجابات الانفعالية تعتمد إلى حد كبير على التقييم المعرفي لأهمية الأحداث المحيطة. فالاضطراب يحدث عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه ويعيد صياغتها وفق معتقداته وأساليب تفكيره وإدراكه للموقف، أو الحدث الذي لا يواجهه ويشعر الشخص بالحزن عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة، أو هزيمة، أو حرمان، أو فقدان لشيء عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة، أو هزيمة، أو حرمان، أو فقدان لشيء مهم. فالحزن مثلاً يكون عند إدراك حدث ما (أو تذكر حدث ما) بطريقة سلبية كالفقد، ويكون القلق عندما تتركز أفكار الشخص وتقييماته على وجود خطر أو تهديدات على ذات الشخص أو على أشخاص يحبهم (Trower et. Al, 1999, p2) (Dobson, 1988, p13).

«إن هذه الإدراكات الخاطئة للواقع ليست هي الواقع نفسه لأنها محدودة بحدود الوظائف الحسية البصر والسمع والشم.. الخ للأشخاص كما أن تأويلاتهم للمدخل الحسي (Sensory input) متوقفة على عمليات معرفية مثل دمج المثيرات وتمييزها وهي عمليات عرضة بدورها للخطأ. إذ إن هذه التقييمات للواقع قد يعتريها الخطأ من جراء بعض الأنماط الفكرية المختلة وظيفياً (المشوهة). ولا يستطيع المتعالج أن يدرك تأثيرها في سلوكه وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته». (Beck, 1976, p233)

وقد ميز بيك بين مستويين من المعرفيات المختلة وظيفياً:

أ- الأفكار التلقائية (Thoughts Automatic): وهي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما (أو يتذكر حدثاً ما)، ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة

للتحليل العقلاني، وغالباً ما تركز على منطق خاطئ، ورغم أن الفرد قد يكون مدركاً بشكل دون الوعي فقط لهذه المعرفيات فإن الأفكار

التلقائية يمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستجواب المستخدمة في العلاج المعرفي، وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية (Cognitive Errors) على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ False في التفكير التلقائي ويوجد في الجدول اللاحق رقم (5) وصفاً للأخطاء (التشوهات) المعرفية النموذجية التي حددها بيك مثل: التجريد الانتقائي، الاستنتاج الانفعالي، التفكير المطلق (Beck,1979,p261). وقد وصفها بيك بعدد من الخصائص المشتركة فهي واضحة متميزة بصفة عامة، وبعيدة عن الغموض والهلامية، وهي مصاغة بطريقة مختصرة تشبه الرسائل البرقية. وليس فيها تسلسل منطقي في الخطوات كما هي الحال في التفكير الموجه نحو هدف أو حل مشكلة. وتحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية. وتنشأ دون أي جهد من جانب المتعالج. بل إنه يصعب إيقافها خاصة في الحالات المرضية الشديدة. الإدارية للأفكار الأوتوماتيكية فيمكن تسميتها كذلك بالأفكار الأوتوماتيكية Autonomous Thoughts<sup>1</sup>. (Beck, 1976, p36)

ومهما يكن من غلوها فهي تبدو لصاحبها مقبولة ومعقولة وهو يسلم بصحتها دون ارتياب ودون اختبار لواقعيتها ومنطقيتها، وتتميز كذلك بأنها تتطوي على موضوع (قيمة)<sup>2</sup> Theme واحد وإن اختلف منطقتها في الظروف المختلفة، كما يتسم محتوى الأفكار التلقائية بالخصوصية الفردية ولا سيما الأفكار الأكثر تكراراً وقوة. (Beck, 1976, p37).

<sup>1</sup> - الأفكار المستقلة: فضلت الباحثة مصطلح الأفكار التلقائية على هذا المصطلح وعلى مصطلح الأفكار الآلية أو الأفكار الأوتوماتيكية، كونه يعكس الطريقة التي تنشأ بها هذه الأفكار، أي بشكل عفوي دون تفكير مسبق.

<sup>2</sup> - التيمة الرئيسة عند الاكتتابي «أنا على خطأ.. هو على صواب»

الجدول (2) يبين التشوهات المعرفية

**1- التفكير بالكل أو بلا شيء: Thinking All- Or-Nothing**

وهو نوع من التفكير يجعل الفرد يرى إما أبيض أبيض أو أسود.

**2- عبارات الينبغيات: «Should» Statements**

يحاول الفرد تحريض نفسه بعبارات الينبغات أو النهي مثل يجب، ينبغي، لا بد.

**3- التصفية الذهنية: Mental Filter**

ينتقي الشخص الموقف الذي ينطوي على السلبية متجاهلاً الأوجه الإيجابية للموقف

**4- التضخيم والتقليل: Minimizing&Magnifying**

يتم التضخيم في أهمية الأشياء سواء أكانت للفرد أم للآخرين، وكذلك التقليل من شأن الأشياء إلى درجة متناهية في الضآلة سواء أكانت للفرد أم للآخرين.

**5- العزو الشخصي: Personalization (الشخصانية)**

وفيه يعتبر الفرد نفسه السبب/ المسؤول عن بعض الأحداث الخارجية السلبية التي لا يكون في الواقع مسؤولاً عنها

**6- الاستنتاج الانفعالي: Emotional Reasoning**

وهو استنتاج يفترض الفرد به أن انفعالاته السلبية تعكس بالضرورة حقيقة الأشياء

**7- فرط في التعميم Overgeneralization**

ويرى الفرد حدثاً سلبياً واحداً على أنه نموذج لهزيمة لن تنتهي.

**8- التلقيب وسوء التلقيب: Mislabeleding&Labeling**

ويعتبر ذلك أقصى شكل من أشكال المبالغة في التعميم إذ يلقب الفرد نفسه بألقاب سلبية مثل «إنني خاسر» تكون مشحونة بالانفعالات.

**9- القفز إلى النتائج: Jumping To Conclusions**

يقدم الفرد نتائج وتفسيرات سلبية وإن لم تكن هناك حقائق محددة تدعم استنتاجاته.

**10- الانتقاص من المزايا الإيجابية: Disqualifying The Positive**

وهو تفكير يحاول الفرد به رفض التجارب الإيجابية أو اعتبارها مجرد صدقة، وبذلك يستطيع أن يحافظ على معتقداته السلبية.

## ب- المخططات/المعتقدات: Schemata/Belif's

«وهي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظيم عملية معالجة المعلومات من المحيط،

وفهم التجارب الحياتية. ويعتقد أنها تسبب مختلف التشوهات (Distirtions) التي تديم مزاج المكتئبين» (Dobson, 1988, p17). فالمكتئب يحتفظ بالمواقف المسببة للألم أو الفشل رغم الدليل الموضوعي على وجود عوامل إيجابية في حياته، كما يميل الشخص المختلفون يكونون مفاهيم مختلفة وبطرائق مختلفة للحالة الواحدة إلا أن الشخص الواحد يميل إلى الثبات أساس

انتظام مجموعة معينة من الحالات. ويشير تعبير مفهوم المخططات<sup>1</sup> بوضوح إلى هذه الأنماط المعرفية الثابتة، التي ربما تكون فعالة أو هاجعة، أو مفروضة بالقوة. فالمخططات الفعالة هي التي تحكم السلوك اليومي أم الخطط الهاجعة فتدعى لأداء دورها في ضبط السلوك في أوقات الشدة وكلما كانت المخططات قاهرة أكثر زادت استجابة الفرد لها أما المخططات المفروضة بالقوة فهي التي من الأرجح أن يستجيب لها الفرد أو العائلة. (Dattilio&Freeman,2000,P5)

يمكن الاستدلال على هذه المخططات من السلوك أو من الأفكار التلقائية حين يتم تطور هذه البناءات المنظمة عبر تجارب الطفولة المبكرة والتأثرات التقويمية المكونة الناتجة عن ذلك. إنها تراكم لتجارب المرء وتعلمه ضمن مجال الأسرة أو المجتمع. (Beck,1979,p13)

ويعتمد مدى تأثير المخططات في الفرد على:

- درجة ثبات هذه المخططات.
- مدى ما يراه الفرد أساسياً لأمانته وسعادته ووجوده.
- ما تعلمه سابقاً في مواجهة مخططاته.

<sup>1</sup>- من أمثلة القواعد أو المخططات في حالة الشخص المكتئب "كوني غير ناجح في عملي يعني أنني فاشلاً تماماً"

- البداية المبكرة التي انبثقت فيها المخططات واندمجت في الذات.
- قوة تعزيزها ومن قبل من. (Dattilio&Freeman,2000,P4)

### عملية العلاج:

ترتكز العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات (Cognitions) اللفظية أو التصورية للمتعالج، وعلى الافتراضات (Assumptions) أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه المعرفيات، وفي الخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج، وفي خطوة ثانية يتم من خلال الإرشادات المنهجية والتمارين والمعرفيات الإشكالية للمتعالج مثل التشويهاة المعرفية، وأنماط التفكير غير المتناسبة مع الواقع والهدف..الخ وهنا يفترض أن تصبح المعرفيات التي تجري تلقائياً (الأفكار التلقائية) مدركة من قبل المتعالج. وفي الخطوة الثالثة يتم إخضاع المعرفيات الإشكالية إلى تحليل. ويميز بيك ثلاثة أنواع من التحليل:

أ- التحليل المنطقي: يتم اختبار المعرفيات استناداً إلى الأخطاء المنطقية كفرط التعميم والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية.....الخ

ب- التحليل الامبيريريقي: يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للمتعالج مع المعطيات الواقعية.

ت- التحليل الذرائعي: وتتم فيه دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات وقناعات محددة للمتعالج. وعلى أساس من هذا التحليل ينجز المعالج والمتعالج معا وتقويمات ومواقف جديدة، تمارس بعد ذلك في مجالات تعليمية مختارة. (عن غراوه وآخرين، 1999: 193، 194).

ورغم خضوع نظرية بيك لكثير من التدقيق والبحوث الامبيريقية، وتوسعها، فلم تستخدم في العلاج المعرفي-السلوكي في الممارسة العيادية اليومية وإنما استخدمت كثيراً في الدراسات البحثية بالتوليف مع الطرائق الأخرى من الطيف المعرفي السلوكي الواسع.(م،س)

## 1-العلاج المعرفي - السلوكي وفق منهج ميكنباوم:

يتمثل منهج (ميكنباوم Donald Meichenbaum 1969) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي أحسن تمثيل، مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتي. فقد استنتج ميكنباوم بأن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه، وكيفية عزوه للأشياء، لتدخل كلها في عملية التعلم وهذه بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد. (عن مليكة، 1990: 245)

وتأثر ميكنباوم «بعالمين من علماء النفس السوفييت (فيجوتسكي Vygotsky 1962) (ولوريا 1961 Luria) اللذين درسا العلاقة التطورية بين اللغة والتفكير والسلوك. واقترحا أن تطور السيطرة الإدارية على سلوك المرء يتضمن تقدماً تدريجياً بتنظيم خارجي من أشخاص يهتمونه (مثل التعليمات الأبوية) وصولاً إلى التنظيم الذاتي كنتيجة لجعل الأوامر اللفظية تصدر من الداخل. ونتيجة لذلك أصبحت التعليمات اللفظية الذاتية والسلوك محور التركيز الأول للأبحاث التي يجريها ميكنباوم». (Dobson, 1988, p18)

وقد ركز ميكنباوم فيما بعد على «أهمية الحوار الداخلي عند الإنسان وتأثيره في العمليات الإدراكية وكيف يمكن بتغييره (الحوار) وتغيير التفكير والمشاعر يتم تعديل السلوك في النهاية واستخدام لذلك أسلوب التوجيه الذاتي (Sel-Instruction) أن يعطي المتعالجون تعليمات لأنفسهم لكي يغيروا من سلوكهم» (العزة والهادي، 1999: 150). ويعتمد ميكنباوم بذلك على الافتراض المتمثل في «أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها» فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجهه بافتراضات متنوعة، كالاستجابات البدنية وردود الفعل الانفعالية، والمعرفيات، والتفاعلات البيئشخصية. ويعتبر الحوار الداخلي الذاتي أحد هذه الافتراضات. (Meichenbaum, 1974, P82)

وهذا هو هدف العلاج لدى ميكنباوم، حيث يعيد بناء البنية المعرفية للمتعالج من خلال إدراكه للعلاقة بين أحاديثه الذاتية وسلوكاته.



## عملية العلاج:

تتألف عملية العلاج عند ميكنباوم من ثلاث مراحل:

**المرحلة الأولى:** مراقبة الذات: وفيها يعرف المسترشد كيف يتحدث أو يعبر عن سلوكه. الذي يزيد في وعيه وأن لا يشعر المسترشد بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي ويجب على المعالج أن يعرف طرائق العزو عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم. (عن العزة والهادي، 1999: 154).

**المرحلة الثانية:** السلوكات والأفكار السيئة التكيف Maladaptive Thoughts غير المتكافئة: في هذه المرحلة يؤثر الحديث الجديد للمعالج في البنية المعرفية له. فإذا كان المطلوب تغيير سلوك المتعالج فينبغي أن يولد ما يقوله لنفسه سلسلة من سلوكات جديدة غير متكيفة مع سلوكاته الحالية. وهنا يستطيع المعالج أن يتجنب السلوكات غير المناسبة ويختار السلوكات المناسبة وفقاً للأفكار الجديدة. (Meichenbaum, 1974, P214)

**المرحلة الثالثة:** المرتبطة بالتغيير، وفيها يؤدي المتعالج مهمات تكيفية جديدة خلال حياته اليومية، ليكون التركيز على ما يقوله المتعالج لنفسه حول السلوكات المتغيرة الجديدة التي تعلمها وعلى نتائجها التي ستبقى وستعمم إلى مواقف أخرى. (م.س)

ويمكن تمثيل عملية العلاج كالتالي:

قبل العلاج سلوك غير مرغوب فيه - حديث داخلي سلبي قديم متعلق به

أثناء العلاج استبدال الحديث بحديث داخلي جديد متكيف - تكوين بناءات معرفية جديدة

بعد العلاج سلوك مرغوب فيه. تقييم السلوك - تعميم السلوك - تثبيت السلوك

ويلاحظ أن عملية العلاج عند ميكنباوم تركز على ما يقوله المتعالج لذاته حول السلوكات التي تغيرت وليس على المهارات التي تعلمها كما في العلاج السلوكي.

## - حل المشكلات:

«منذ السبعينيات ظهر العديد من النماذج الخاصة بالتدريب على حل المشكلات وتلنقي هذه النماذج في أنها تبحث عن السلوكيات المتاحة لكي تغير من موقف المشكلة واختيار سلوك منها يوصل إلى حل المشكلة والتحقق من هذا الحل وتختلف عن بعضها إلى حد ما في فصل الخطوات المنفردة لحل المشكلة» (غراوه وآخرين 1999: 192)

يتضمن التدريب في طريقة حل المشكلات، تعليم المهارات الأساسية وإرشاده إلى طريقة تطبيقها في حالات مشكلة حقيقية» (Dobson, 1988, p24) إن هدف علاج حل المشكلات ليس مجرد حل المشكلات المطروحة مباشرة، فحسب وإنما يعدّ العلاج في الوقت نفسه جزءاً من استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن للمتعالج أن يطبقها على مشكلات مستقبلية أخرى (غراوه، وآخرين، 1999: 192) وذلك لأن المتعالج قد تعلم الخطوات المنهجية في حل أية مشكلة أخرى.

## - العلاج بضبط الذات:

إن الاتجاه نحو تطوير نماذج العلاج التي تعزز فلسفة ضبط الذات، أثر في تطوير ريم **Rehm (1977)** نموذج ضبط الذات في حالة الاكتئاب. وقد سار العمل الذي قام به إلى حد كبير على خطى النموذج العام الذي قام به **كانفير 1971 - 1970 Kanfer** لتنظيم الذات والذي يشرح فيه استمرار تصرفات معينة في حال غياب التعزيز من منطلق نظام التغذية الخلفية الراجعة لضبط الذات التكيفي.

طور **(Kanfer & Rehm 1977)** المجموعة العلاجية الأصلية المعتمدة على نموذج

**(Rehm 1977)** للاكتئاب ويتضمن العلاج بضبط الذات التطبيق المتتابع لعمليات تنظيم الذات التي طرحها **(Kanfer 1971)** والتي وظيفتها **Rehm** «الافتراض هو أن كل شيء يمكن تصوره نموذجاً علاجياً وأن تقييم الذات يعتمد على مراقبة الذات وبأن تعزيز الذات يعتمد على تقويم الذات» (O'Hara & Rehm, 1983, P69)

ويتم وصف كل نقطة من نقاط العجز عن ضبط الذات الستة (راجع تفسير ريم للاكتئاب صفحة 54) خلال فترة العلاج. مع كيفية ارتباط كل نقطة بالاكتئاب سببياً، وما الذي يمكن فعله لمعالجة هذا النقص. ويستخدم **Rehm** مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات السريرية لتعليم المتعالج مهارات ضبط الذات وهي تتضمن المناقشة الجماعية التي يديرها المعالج، التعزيز الظاهري والخفي، واجبات سلوكية، مراقبة الذات، أداء الدور (Dobson, 1988,p26,27).

وبالرغم من عدم إجراء أبحاث تدل على قدرة أسلوب **Rehm** على التعميم لتشمل اضطرابات أخرى، إلا أنه يوجد جاذب في هذا الأسلوب، يكمن في دمج وتوحيده لمجموعة واسعة من المتغيرات المعرفية والسلوكية التي تركز عليها نماذج الاكتئاب الأخرى.

#### 4-8- أوجه التشابه والاختلاف بين الأساليب المختلفة في العلاج المعرفي-السلوكي:

يقول (كيندال وكريس 1983 Kendall&Kris) «إن التمييز بين مختلف أساليب العلاج المعرفي-السلوكي مجرد وهم، ولم يكن ذلك حقيقة» لذلك تشترك الأساليب المعرفية - السلوكية بما يلي:

1- يتوسط النشاط المعرفي استجابات الفرد على محيطه ويملي عليه إلى حد ما، درجة تكيفه أو سوء تكيفه. ومن ثم فإن كل الأساليب المعرفية- السلوكية تشترك في الاعتقاد القائل: إنه يمكن التأثير بالتدخل العلاجي من خلال تعديل حالات التفكير التي تتصف بالاختلال الوظيفي وخصوصية المزاج.

2- تعتمد إلى حد ما على التقويم السلوكي للتغير، ومن ثم لتوثيق التقدم العلاجي.

3- تحاول من خلال طبيعة الزمن المحدد فيها أن تصل إلى الهدف العلاجي (التغيير) بسرعة أكبر مقارنة بالعلاج بالتحليل النفسي مثلاً.

4- طبيعتها التثقيفية، إذ إن العديد من العلاجات المعرفية - السلوكية تكون تثقيفية سواء أكانت واضحة أم بشكل ضمني، كما تتضمن نوعاً خاصاً من التفاعل التثقيفي بين

المعالج والمتعالج، حين يوضح المعالج للمتعالج الأساس المنطقي لكثير من التدخلات العلاجية التي يقوم بتطبيقها خلال الجلسات العلاجية.

5- التأكيد على ضبط الذات من قبل المتعالج.

6- تعلم المتعالج بعض المهارات في سياق عملية المعالجة تمكنه من توظيفها بطريقة وقائية. (Dobson, 1988,p26,27).

وعى الرغم من نقاط الاشتراك السابقة بين مختلف أنواع العلاجات، كونها تهدف جميعها إلى تغيير معرفيات المتعالج، فإن هنالك أوجهاً مختلفة للضرورة (Processes) المعرفية - السلوكية والتي يمكن مشاهدتها وتحديدها وتعريفها وتبديلها ضمن التعريف الواسع للطريقة المعرفية - السلوكية. (م.س)

كذلك فإن الشيء الملاحظ هو تنوع التسميات المحددة والمختلفة والوصف الخاص بالمعرفيات على حسب ما يرد ضمن المؤلفات المعرفية والسلوكية مثلاً: معرفيات، أفكار، معتقدات، مخططات، افتراضات، تشوهات معرفية، أنماط معرفية، بناءات معرفية، أخطاء معرفية، معنى خاص، قوة تأثير الذات، حوارات ذاتية، دلالات... الخ وهذا قد يخلق تشويشاً بالمصطلح يدعو واضعي النظريات ومترجميها إلى أن يعرفوا هذه التراكيب اللغوية معرفة دقيقة تساعد على توضيح مجال النظرية المعرفية - السلوكية وخاصة ما يتعلق بالتقويم المعرفي خلال عملية العلاج المعرفي-السلوكي. (Dobson, 1988,p32). كما نلاحظ من خلال مراجعتنا لمختلف الأساليب المعرفية - السلوكية أن الكثير من المعالجين لم يوضحوا بدقة اختلاف طريقتهم عن غيرها من الطرائق، كما لم يذكروا كيف تم تطويرهم لهذه الطريقة أو تلك. هل من خلال تطبيقها على حالات معينة أو على كل الحالات، وكل المشكلات. وهذا مدعاة للباحثين والمعالجين لتطوير طرائق العلاج المعرفي- السلوكي واختبارها سواء أكانت في مجال البحث العلمي أم في مجال التطبيق العيادي للوصول إلى فهم أفضل لآليات التغيير ضمن كل نوع من الأنواع المختلفة لمشاكل المتعالجين.

## 4-9- الأهداف العلاجية في العلاج المعرفي - السلوكي:

يعرف بيريز Perrez الهدف العلاجي «الحالات الواجبة التي يطمح إلى تحقيقها من خلال العمل العلاجي مع المتعالج. ويمكن لهذه الحالات الواجبة (الينبغيات) أن تمس الاستعدادات السلوكية من النوع المعرفي أو الانفعالي أو النفسي الجسدي» (Perrez,1982,p459)

ولتحقيق هذه الحالات لابد من تحديد الأهداف أولاً لما في ذلك من مزايا تتمثل في:

1- توضّح للمتعالج ما الشيء الذي بإمكانه توقعه من العلاج، ومن ثمّ تحدد استمراره في متابعة العلاج.

2- تأكيد إمكانية التغيير، وهذا ما يجعل المتعالج يركز على ما يمكن التوصل إليه في المستقبل بدلاً من التركيز على أعراض المشكلة، وبالتالي يدعم فكرة أن المتعالج عضو فعال في العلاقة العلاجية، وأن التزامه ضروري.

3- بناء خطة العلاج ابتداءً بتهيئة المتعالج للعلاج المعرفي، مروراً بالمشكلة الأساسية له، وانتهاءً بتحقيق الأهداف العلاجية المتفق عليها من قبل الطرفين، أو من عدم إمكانية تحقيقها، وهذا يجعل هذه الأهداف قابلة للتفاوض خلال العملية العلاجية، ومركزة على ما يستطيع المتعالج فعله وليس على ما لا يستطيع.

4- توافر الفرصة لتقويم النتائج المرتبطة مباشرة بمشكلة المتعالج. (عن الجمعية، 2002: 50)

ونلاحظ مما سبق أن عملية تحديد الأهداف لا بد منها في العلاج النفسي، وخاصة في العلاج المعرفي-السلوكي لأنها تزيل سوء الفهم بين المعالج والمتعالج، وتساعد المتعالج على زيادة الثقة والألفة بينهما عندما يشعر بأن هنالك شخصاً سيساعده ويعرف ما يريد، وفيما يلي عرض لأهم الأهداف العلاجية:

- ترجمة الشكوى الرئيسية إلى أهداف علاجية: يقرر كل متعالج اكتئاب مجموعة معينة من الأعراض أو المشكلات التي تمثل في معظمها مظهراً مزعجاً من الاضطراب لديه.

لذلك على المعالج ربط المتعالج بشكواه الرئيسية. وغالباً ما تكون الشكوى الرئيسية غير معترف بها كأعراض للاكتئاب، إذ أخذها المعالج بالشكل

الظاهري، فعندما تقول متعالجاً «لا أستطيع تدبر مشكلاتي» فإنها تبالغ بشكل كبير في بعض صعوبات الشخصية، وفي الوقت ذاته تستخف بقدرتها على المواجهة، وكنتيجة لتلك التقديرات السلبية للذات، فإن ثقتها بنفسها قد ضعفت إلى حد بعيد.

وبالرغم من أن هذه الشكاوي الرئيسية هي مظاهر للاكتئاب، التي تحتوي على انزعاج أو جمود أو معاناة... الخ أعراض الهدف والتي يمكن أن يعاد تشكيلها بلغة المشكلات الممكن حلها.

وبشكل عام يكون محور التدخل العلاجي لدى متعالج الاكتئاب إلى الشديد عند مستوى العرض- الهدف Target-Symptom، حيث يصبح العرض. الهدف كأحد مكونات الاضطراب الاكتئابي الذي يتضمن المعاناة من العجز الوظيفي لدى المكتئب، ويمكن تصنيف الأعراض. الهدف إلى أعراض وجدانية وأعراض دافعية، وأعراض معرفية، وأعراض سلوكية، وأعراض جسدية نمائية.

ويستند المعالج في توجه نحو هذا العرض أو ذلك استناداً إلى عوامل منها:

1- ما هي الأعراض الأكثر إيلاماً للمتعالج.

2- أي الأعراض أكثر قابلية للتحسن بالتدخل العلاجي.

وعندما يكون الاكتئاب أقل شدة، يكون التركيز العلاجي غالباً على المشكلات الخارجية التي لها علاقة بمفارقة الاكتئاب (صعوبات في المنزل، المدرسة.. الخ) لذلك يعمل المعالج والمتعالج معاً على تحديد المشكلة المساهمة في اكتتابه، ومن ثم اختيار التقنيات المناسبة لمواجهة صعوباته الحياتية. (Beck et.al, 1979, pp69-97)

وكما يلاحظ فإن اختيار التقنيات المعرفية أو السلوكية يعتمد على أكثر الأعراض إيلاماً،

وأياًها قابلة للتحسن، إذ يعرف ذلك من خلال مقياس بيك مثلاً، ومن خلال قيام المتعالج بمجموعة تجارب عليها منها:

## - مواجهة COUNTERACTING الأعراض الهدف:

تعتمد مواجهة أعراض الهدف على إظهار العلاقة بين المشكلة المعرفية والعرض، فإذا شعر المتعالج بالحزن فإن المشكلات البؤرية تكون في إساءة فهمه للموقف أو للمثيرات الداخلية على أنها فقدان، حرمان (Representing). معتقداً أن اتجاه حياته سيزداد سوءاً، وإذا كان العرض، الهدف رغبات انتحارية فإننا نبحث عن:

1- الرغبة في الهروب من موقف الحياة الذي لا يحتمل.

2- مبالغة بالمشاكل الواقعية.

3- إبعاد غير عقلائي للخيارات.

4- الاستخفاف بقدرات المتعالج في مواجهة المشكلات.

أما إذا كانت الأعراض الرئيسة هي السلبية والتأخر، فإن تقديم مهارات سلوكية مثل المهام المتدرجة يمكن أن تستخدم (Beck et.Al, 1979, p99).

**المعالجة الخاطئة للمعلومات:** تعدّ المعالجة الخاطئة للمعلومات من المشكلات المعرفية المتعالج الاكتئاب، إذ يتجه نحو إدراك حاضرة ومستقبله والعالم الخارجي (الثالوث المعرفي) بطريقة سلبية، ومن ثمّ يظهر تأويلات منحرفة لخبراته، وتوقعات سلبية فيما يتعلق بأي نجاح محتمل وهنا يكون الهدف العلاجي هو التركيز على سلسلة التشوهات المعرفية التي جعلت من إدراك الذات حريصة، عاجزة، ومن المشاكل الخارجية غير قابلة للحل. ويمكن للمعالج أن يركز على الخطأ المعرفية (كمدخلات) تقدم المادة لتفكير المتعالج السلبي، فيظهر اضطراب التفكير لديه مضمناً خصائص مميزة مثل فرط التعميم، التفكير بالكل أول شيء (م.س) (انظر الملحق 15)

**اختيار التقنيات العلاجية المناسبة:**

«يستند العلاج المعرفي في علاجه للاكتئاب على أن هنالك علاقة تفاعلية بين المعرفيات والسلوك ولهذا فإن التقنيات السلوكية الأولى يجب أن تؤثر في المعرفيات، والتدخلات المعرفية،

وضمن هذا الإطار فإن المعالج يحدد تقنياته العلاجية وفقاً للحاجات النوعية لمتعالم معين في وقت محدد.» (Beck et.Al, 1979, p34)

«ويذكر (بيلاك 1982 Bellack) أنه في المراحل المبكرة من العلاج المعرفي وخاصة مع متعالمي الاكتئاب الشديد تكون التقنيات السلوكية أكثر فائدة من التقنيات المعرفية، لذلك فإن تقنيات مثل تنفيذ بعض النشاطات التي كانت تجلب السرور للمتعالم، ستكون أكثر أهمية من تحديد المعرفيات المختلفة وظيفياً وتعديلها.» (Beck et.al, 1979, p169)

وتعتمد عملية المزج بين التقنيات السلوكية والتقنيات المعرفية على مستوى الأداء الوظيفي للمتعالم، كما تعتمد على مقدار معين من المحاولة والخطأ في تجريب عدد من التقنيات للوصول إلى واحدة تناسب المتعالم (Freeman&Lurie,1994,p12)

#### - محددات اختيار التقنيات المعرفية:

يحدد بيك 1979 اختيار التقنيات المناسبة للعملية العلاجية بعدة اعتبارات:

1- من خلال العلاقة التعاونية بين المعالج والمتعالم، يستطيع تحديد عدة مجالات تصلح للتدخلات، وأن يصف بعض التقنيات العلاجية الموجبة والتي تعكس أعراض اكتئاب المتعالم وذلك بقرار مشترك مع المتعالم.

2- يمكن لمقياس بيك مثلاً أن يكون وسيلة مفيدة لتحديد التقنيات المناسبة وخاصة مع المتعالمين الذين لديهم صعوبة في التعبير عن أعراضهم الأليمة.

3- يمكن للتقنيات السلوكية وفي المراحل المبكرة من العلاج أن تكون مفيدة أكثر وخاصة مع متعالمي الاكتئاب الشديد، أي تقنيات مثل المهام المتدرجة، جدولة النشاطات، ستكون أفضل من تحديد وتعديل المعرفيات المختلفة وظيفياً.



إن مقداراً معيناً من «المحاولة والخطأ» يمكن أن يساعد في تحديد التقنية المناسبة لمواجهة مشكلة المتعالج، وعلى المعالج إخبار المتعالج بأهمية ذلك. إذ إن تجريب عدد من الطرائق خلال الجلسة العلاجية أمر ضروري وهام حتى يصلوا معاً إلى الطريقة الأفضل لتحقيق الهدف العلاجي. (Beck et.al, 1979, p168)

4- ويذكر راينغ Wright 1988 «أن تدخلات المعالجة ينبغي أن تعدّ على قدر الطاقة المعرفية للمتعالج». (Wright, 1988, p560)

#### - التغذية الراجعة (Feedback):

«تتألف التغذية الراجعة من ملاحظة الاستجابات الانفعالية الصريحة للمتعالج ومن تعبيرات المتعالج عن رد فعله تجاه المعالج وعملية العلاج.

ويمكن للمعالج أن يحصل على التغذية الراجعة بطرح الأسئلة بشكل متكرر طوال الجلسة لتلخيص النقاط الأساسية وتوجيه الجلسة نحو هدفها المرجو، ولإبقاء العلاقة العلاجية ثابتة في مجال (هنا والآن). ويتم طرح الأسئلة بفواصل زمنية متعددة في كل جلسة لمعرفة ما إذا كان المتعالج قد فهم مفهوماً ما فهماً جيداً أم أدرك جوهر التدخل العلاجي. ولأن العلاج المعرفي هو تثقيفي نفسي إلى درجة كبيرة فإن المعالج يقوم بدور المدرس إلى حد ما وبالتالي يتم طرح التغذية الراجعة الإيجابية للمساعدة في استثارة جهود المتعالج للتعلّم ومكافأتها». (Hales et.al, 1999, p1212)

#### 4-10- تقنيات العلاج المعرفي - السلوكي (CBT):

يستخدم لتحقيق أهداف العلاج المعرفي مجموعة من التقنيات السلوكية والمعرفية، ويمكن تعليم هذه التقنيات للمتعالجين لتساعدهم في الاستجابة بطريقة وظيفية أكثر.

وتبين دراسات بيك 1979 المعتمدة على الملاحظة السريرية، أنه في المراحل الأولى من العلاج المعرفي، وخاصة مع متعالجي الاكتئاب الشديد، غالباً ما يكون هدف المعالج الأساسي هو إرجاع الأداء الوظيفي للمتعالج إلى المستوى ما قبل المرضي، عن طريق انهماك المتعالج

في تنفيذه بعض النشاطات الموجهة، والمؤلفة من سلسلة من الاختبارات أو التجارب الصغيرة المصممة لفحص أفكار المكتئب وتقييمه لها. وذلك للوصول إلى إبطال هذه الأفكار السلبية، المشوهة معرفياً، وإضعاف ثقة المكتئب بها ومن ثم إعداده للقيام بمهام سلوكية أكثر صعوبة.

(Beck et.al, 1979, p117-118)

يواجه المكتئب بشدة صعوبة كبيرة في التركيز على الأفكار والمفاهيم المجردة، إلا أن شعوره ببعض النجاح والإنجاز في الأمور الملموسة يعتبر أمراً شديداً الفعالية في كسر الحلقة المغلقة من السلبية وانخفاض المعنويات. فيبدأ تقديره السلبي لذاته بالتغيير، وعندها يستطيع المعالج أن يبدأ بالتركيز على العناصر المعرفية وتطبيقها منذ البداية ودون انتظار. وعموماً فإن المتعالجين المكتئبين يحتاجون إلى نوعين من التقنيات، ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات السلوكية والمعرفية على مستوى الأداء الوظيفي للمتعالج، ومهارات المعالج ومدة العلاج، وأهداف المعالجة، فالمعالج يشكل طريقته في العلاج تبعاً لحاجات نوعية لمتعالج معين في وقت معين. لقد تبين أن المتعالجين المكتئبين الذين تدربوا على استخدام هذه الأساليب يعودون لاستخدامها بمفردهم، عندما يشعرون بأنهم يمرون بأوقات عصبية، مما يساعد كثيراً في منع حدوث نكسات جديدة (Freeman&Lurie,1994,p12) ومن أهم هذه التقنيات:

#### 4-10-1- المنهج التجريبي: Experimental Method

«تتطلب عملية مساعدة المتعالج في التعرف إلى تحريفاته أو تشويهاته وتصحيحها باستخدام مبادئ إستمولوجية، فالمعالج ينقل إلى المتعالج بصورة مباشرة أو غير مباشرة بعض المبادئ:

أ- إن إدراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه، بل هو على أفضل تقدير صورة استقرابية للواقع. فالعينة التي يلتقطها للواقع هي عينة محدودة بحدود وظائفه الحسية وهي حدود متأصلة مفطورة.

ب- إن تأويلاته للمدخل الحسي Sensory Input تتوقف على عمليات معرفية من قبيل دمج المثريات وتفريقها، وهي عمليات عرضة بطبيعتها للخطأ. إن العمليات (والمدخلات) الفسيولوجية والسيكولوجية قد تغير إدراكنا وفهمنا للواقع تغييراً كبيراً».

وكما هو معروف فإن تشويه الواقع قد يحدث عندما يكون المرء تحت تأثير العقاقير، أو عندما يكون في حالة ضعف أو نقص في الوعي، أو في حالة من الاستثارة الشديدة، فضلاً عن أن تقييم الواقع قد يعثره الخلل من جراء بعض الأنماط الفكرية غير الواقعية ففي اضطراب الفلق مثلاً يتمثل المتعالج جميع المثيرات، حتى المأمونة منها، بطريقة تجعلها توحى بالخطر وتندرب به وشرط تطبيق التقنيات السلوكية لتخفيف هذا الاضطراب أن يكون المتعالج قادراً من الأصل على أن يميز ويدرك الفوارق بين الواقع الخارجي (المثيرات المحايدة غير المؤذية) من جهة والظاهرة السلوكية (تقويم الخطر) من جهة أخرى.. (عن م.س)

كذلك يتوجب على المتعالج أن يكون قادراً على أن «يختبر الفرضيات ويمحصها قبل أن يصدق عليها ويسلم بها كحقائق، فعندما يطرح المتعالج مجموعة من المشكلات يبدأ المعالج بتطبيق استراتيجيات للتعامل مع هذه المشكلات خلال الجلسات العلاجية بما يتسق مع الأهداف العلاجية التي وضعها.

فالمعالج يطرح مشكلة، يسأل سؤالاً، يقترح مشروعاً ممكناً، ومن ثم يقدم المتعالج حلاً على السؤال، يقبل أو يرفض، يختبر ويمحص، أو يعدل المشروع المقترح. وإذا كان جواب المتعالج مناسباً سوف يشكل له تجربة ناجحة في نفي فكرة كونه غير قادر على التصرف. إن التكرار المستمر للتجارب الناجحة طوال الجلسات يؤدي إلى تعديل المعرفيات السلبية للمتعالج.» (Beck et.al, 1979, P96)

#### 4-10-2- تحديد الأفكار سيئة التكيف (المختلة وظيفياً): Recognizing Maladaptive Ideation

«يعني مصطلح الأفكار سيئة التكيف، التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلي بلا داع، ويولد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم.» (Beck, 1979,p235)

ويطلب إلى المتعالج في العلاج المعرفي التركيز على تلك الأفكار والصور التي تنتج ألماً لا مبرر له أو تدفعه إلى سلوك انهزامي أو تعوق سعادته أو تحول بينه وبين تحقيق أهدافه الكبرى.

وربما لايعي بعض المتعالجين هذه التصورات وعياً كاملاً ولكن بالتدريب والتعليم يصبحون واعين بها ومن ثم يمكن التركيز عليها. ففي الاكتئاب مثلاً قد تسيطر على ذهن المتعالج الأفكار سيئة التكيف مثل (لا أمل في...إن داخلي قد مات..كل المصائب تحل بي) وتزدادت هذه الأفكار قوة ووضوحاً بزيادة شدة الاضطراب ويستخدم السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً (سيئة التكيف)، أو أي سجلٍ مشابه في تحديد هذه المعرفيات المختلة (انظر الملحق 11)

ويشير إليس Ellis إلى هذا التفكير السيئ التكيف بوصفه عبارات مدخلة Internalized Statements أو عبارات ذاتية Self-Statement وكان يصفها للمتعالج بأنها (أشياء تقولها لنفسك) ويطلق (مولتسبي Maultsby) على هذه الأفكار مصطلح (الحديث الذاتي) Self-Talk وهي **عن عند (ميكنبوم Meichenbaum)** الحوار الداخلي Internal Dialogue أما بيك فيستخدم مصطلح الأفكار الأوتوماتيكية Automatic Thoughts

#### 4-10-3 ملء الفراغ: Filling In The Blank

تكمن أهمية شرح النموذج المعرفي للاكتئاب في العلاقة الوثيقة بين الطريقة التي يفكر بها المتعالج عن نفسه، محيطه ومستقبله (الثالوث المعرفي) وبين مشاعره، ودوافعه، وسلوكه. ويحدد المعالج أثر التفكير في حدوث مشاعر المتعالج وسلوكه، من خلال تدريب المتعالج على ملاحظة أفكاره ومعرفياته، عندما يشعر بالضيق والانزعاج غير المبررين لهذه الأحداث (المثيرات). وعندما يسجل المتعالج الأحداث الخارجية وردود أفعالهم حيالها (انظر الملحق 7 سجل الأفكار المختلة وظيفياً سيامو) فإنه يوجد عادة فراغ Blank بين المثير والاستجابة الانفعالية ويكون باستطاعة المتعالج أن يفهم سر ضيقه الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي مرت بفكرة خلال هذه الأحداث. ووفق وجهة إليس ABC (راجع العلاج وفق إليس ص 70) (عن مليكة، 1990: 239) (أ) (ب) (ج) فإن (ب) هي الفراغ في عقل المتعالج وواجب المعالج أن يملأه وذلك بتعليم المتعالج التركيز على التصورات والأفكار التي تحدث بين المثير والاستجابة. (عن باترسون، 1990: 38) (Beck 1976,p239)

**4-10-4- الإبعاد والموضوعية: Distancing and decentering**

يطلق مصطلح الإبعاد Distancing على الأفراد الذين استطاعوا التعرف إلى أفكارهم المختلفة وظيفياً ووقفوا منها موقفاً موضوعياً. فالشخص الذي يملك القدرة على تفحص أفكاره التلقائية (مع ملاحظة أنها ليست حقيقة ولا واقعا لأنها تنطوي على تفكير غير سوي) بوصفها طواهر سيكولوجية لا بوصفها مساوية للواقع، يوصف بأنه قادر على أخذ المسافة (أي قادر على أن يكون موضوعياً). إن مفاهيم مثل الإبعاد Distancing واختبار الواقع Reality Testing والتثبت من الملاحظات Authenticating Observations والتحقق من النتائج Validating Conclusions هي مفاهيم تنتمي إلى الإستمولوجيا. وبلغة إستمولوجية يمكننا القول إن الإبعاد Distancing هو تلك القدرة على التمييز بين أنا أعتقد I Believe (أي أغلب الظن رأياً يخضع للتحقق والتأكد) وأنا أعرف I Know (أي أعرف حقيقة واقعة لا تقبل الدحض). لهذه القدرة التمييزية أهمية حاسمة في تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المتعالجين المعرضة للتحريف والتشويه. (عن باترسون، 1990: 38). (Beck 1976,p243)

**4-10-5- التعرف إلى التشويهاة المعرفية وتحديدتها: «يفسر المتعالج المكتئب الموافق**

أو الأحداث الخارجية على نحو سلبي بصورة منتظمة رغم وجود عدة تفسيرات لهذا الموقف أو الحدث» (Beck 1976,p113). وحين يطلب منه التفكير في تفسير بديل، فإنه قد يعي أن تفسيره الأولي متحيزاً، أو أنه يقوم على أساس استنتاج قليل الاحتمال، وقد يمكنه حينئذ أن يدرك أنه قد حاول لوي الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة. ويرتكب المتعالج عادةً عدداً من التشوهات المعرفية نذكر منها التفكير بالكل أو اللا شيء، والتصفية الذهنية، وفرط في التعميم، والقفز إلى النتائج.. الخ (Burns,1991,p42) (انظر الملحق 11)

**4-10-6- الاستنتاجات Authenticating Conclusions:**

يميل أكثر البشر إلى الثقة بأفكارهم، وقلما يشك الواحد منهم في صحة أفكاره، فهم يقومون في كل لحظة بوضع فروض وبناء استدلالات معتبرين أن استدلالهم مكافئ للواقع مسلمين بفروضهم كما لو كانت حقائق واقعية وهم في الظروف العادية قد يحققون مستوى جيداً من التكيف والأداء لأن فكرهم قد يكون متفقاً مع الواقع بحيث لا يعيق تكيفهم وأداءهم.

أما في الحالات المرضية، فقد يكون للمفاهيم المشوهة تأثير معيق. ومن شأن هذه المفاهيم أن تؤدي إلى تفكير خاطئ في مجالات معينة من الخبرة. فكثيراً ما نجد المتعالج يتجنب المنطق ويفر إلى استدلالات اعتباطية ويقوم بمبالغات وفرط في التعميم. (Trower et.al.1999, p88)

ولكي يتمكن المتعالج من التمييز بين عملياته الذهنية الداخلية من جهة والعالم الخارجي الذي يثير هذه العمليات من جهة أخرى، يتوجب تعليمه أساليب الحصول على المعلومات والمعارف الدقيقة مستخدماً تقنيات معينة لكي يحد ما إذا كانت استنتاجات المتعالج غير مبررة أو غير دقيقة. ولما كان المتعالج قد اعتاد التشويهات انحصرت مهمة المعالج في استكشاف النتائج وتفحصها واختبارها بمحك الواقع والحقيقة مطبقاً في ذلك قواعد الاستدلال الصحيح وهي التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج. (باترسون 1990: 38) وهناك عدة أدوات نستطيع من خلالها هذه التشوهات ومن ثم دحضها ستوضح لاحقاً في البرنامج المعد للخفض من حدة أعراض الاكتئاب.

#### 4-10-7- تعديل المخططات (Schemata):

يستخدم الناس قواعد Rules معينة (تصورات، صياغات، مخططات.....الخ) لتنظيم حياتهم الخاصة وفي محاولة لتعديل سلوك الآخرين، كما أنهم يطلقون بعض الصفات ويفسرون الأمور ويقيمونها وفقاً لهذه القواعد.

يقع سوء التوافق أو الاضطراب (القلق، الاكتئاب، الرهاب) عندما تكون هذه القواعد مصوغة في حدود مطلقة أو تكون غير واقعية أو تستخدم بطريقة غير ملائمة أو تكون متطرفة.

لقد أطلق إيليس Ellis على هذه القواعد Rules اسم (الأفكار غير العقلانية) Irrational Ideas وبيك Beck أسماها المفاهيم Constructs، المخططات Schemata. يحاول المعالج استبدال تلك المخططات، البناءات، المفاهيم المرتبطة فقط بصعوباته بأخرى أكثر واقعية وأكثر توافقية). وتركز المخططات غالباً على الخطر بدلاً من الأمان

، وعلى الألم بدلاً من السرور/اللذة حين بالغون المتعالجون في تصوير الخطر والمخاطرة التي تنطوي عليها المواقف العادية أو في مفاهيمهم عن الألم والسرور وهذه الأخطار النفسية هي مصدر معظم مشكلاتهم. (Beck, 1976, p246)

يذكر (Beck 1976) بعضاً من المخططات التي تهيئ الناس وتجعلهم أكثر استعداداً للاكتئاب:

1- لكي أكون سعيداً يجب أن أكون ناجحاً في أي شيء أقوم به.

2- لكي أكون سعيداً يجب أن أكون محبوباً من كل الناس.

3- إذا لم أكن في القمة فأنا إنسان فاشل ساقط (Flop).

4- إذا ما ارتكبت خطأ فهذا يعني أنني لست كفئاً.

5- إن قيمتي كشخص تتوقف على رأي الآخرين فيّ.

تعمل الاعتقادات والاتجاهات عمل المخططات، إذ تتشكل مثل هذه الاعتقادات في صورة أحكام مطلقة، يكون تحقيقها غير ممكن ومن التقنيات الرئيسة في العلاج المعرفي تسليط الضوء على اتجاهات مطلقة، يكون تحقيقها غير ممكن ومن التقنيات الرئيسة في العلاج المعرفي تسليط الضوء على اتجاهات المتعالج ومساعدته في أن يقرر فيما إذا كانت انهزامية قاهرة للذات، فضلاً عن ذلك من الضروري أن يتعلم المتعالج من خبرته، أن بعض اعتقاداته قد أودت به إلى التعاسة والشقاء وأنه كان أجدى له أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية وعلى المعالج هنا أن يقف دوره عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها المتعالج بالتأمل والتمحيص لا أن يقوم له بعملية غسل دماغ (Brainwash Him) ويفرض عليه قواعده واعتقاداته. (Beck et.al, 1979) (P246)

يذكر Beck بعضاً من المخططات التي تهيئ الناس وتجعلهم أكثر استعداداً للاكتئاب:

1- لكي أكون سعيداً يجب أن أكون ناجحاً في أي شيء أقوم به.

2- لكي أكون سعيداً يجب أن أكون محبوباً من كل الناس.

3- إذا لم أكن في القمة فأنا إنسان فاشل ساقط (Flop).

4- إذا ما ارتكبت خطأ فهذا يعني أنني لست كفئاً.

5- إن قيمتي كشخص تتوقف عللاً رأي الآخرين فيّ.

تعمل الاعتقادات والاتجاهات عمل المخططات، إذ تتشكل مثل هذه الاعتقادات في صورة وتتصل المخططات المطلقة غالباً بالينبغيات وهي عبارة تفترض الكمالية والمثالية، ومن هذه العبارات:

- يجب أن أكون قادراً على حل أي مشكلة.
  - يجب أن أكون دائماً الأول على القمة من حيث الكفاءة.
  - يجب أن أكون كريماً، مراعيًا لمشاعر الآخرين، شجاعاً، غير أناني، وغير ذلك.
- (عن باترسون 1990: 39).

#### 4-10-8- إعادة عزو الصفات: Reattribution

يستخدم هذا الأسلوب مع المتعالجين وخاصة المكتئبين الذين يميلون إلى لوم الذات بشدة، فيعززون كل الأمور السلبية دون سبب واقعي إلى نقص شخصي لا إلى خارجية. وليس المقصود هنا إعفاء المتعالج من مسؤولياته، ولكن إيضاح العوامل الخارجية المتعددة التي ربما تكون قد أسهمت في الأحداث السلبية التي وقعت له. وعندما يكتسب المرء بعض الموضوعية فإنه يخفف من لومه لذاته، ويقوم المعالج بتصحيح معرفيات المتعالج الخاصة باللوم الذاتي عن طريق:

- 1- معاينة الحقائق الخاصة بالحوادث التي أدت إلى لومه لذاته.
- 2- إيضاح المعايير المختلفة لإلقاء المسؤولية والتي يطبقها المتعالج على نفسه، ولا يطبقها على الآخرين Double Standard (مقياس مزدوج)



تحدي الاعتقاد الذي يكون المتعالج مسؤولاً 100% عن نتائجه السلبية ويطلق على هذا الأسلوب أيضاً اسم تخفيف المسؤولية (De-Responsibilitzing) (Beck et.Al, 1979, p159)

#### 4-10-9- البحث عن حلول بديلة: The Search For Alternative Solutions

تشمل هذه التقنية البحث عن التفسيرات الخرى أو حلول أخرى لمشكلات المتعالج وهي بذلك حجر الأساس للحل الفعال للمشكلات. فالنظام اللولبي (Spiral) (انظر الشكل 3) للمكتئب يفتح عندما يبعد نفسه عن معرفياته معيناً النماذج الصارمة في أفكاره، فيمكن للمشكلات التي كانت تفهم سابقاً على أنها لا حل لها من الممكن أن يعاد فهمها وبالتالي يمكن أن يصل المتعالج تلقائياً إلى حلول لمشكلاته مع فهم غير مشوه، ولذلك يرى (داتيليو وفريمان 2000 وبيك 1979 Beck) أنه يفترض ألا يتم تعليق أهمية كبيرة على ادعاءات المتعالج في أنه «حاول كل شيء» على الرغم من أن الكثير من المتعالجين يعتقدون صدق ذلك لأنهم رفضوا آلياً الخيارات الأخرى وأوقفوا البحث عنها بإقامتهم أحكاماً مسبقاً على أن المشكلة لا حل لها . (Dattilio and freeman 2000,p50)

#### 4-10-10- جدولة النشاطات: Scheduled Activities

وهي من الأساليب السلوكية المهمة في بداية العلاج خاصة مع المتعالجين المكتئبين بشدة الذين لا يستطيعون التعامل مع التقنيات المعرفية كمراقبة الأفكار.... الخ (Dattilio and freeman 2000, p53)

ويذكر بيك من خلال ملاحظاته الاكلينيكية، أن المكتئب يتجنب الشروع في القيام بمهام معينة سبق وأن أنجزها بسهولة، أو يوقف المحاولة إذا لاقى بعض الصعوبات لأن معتقداته ومواقفه السلبية تشكل بناءات تحتية للتوقف عن ذلك فلا جدوى من المحاولة لأنه على اقتناع بأنه سيفشل لذلك فإن إعطاء المتعالج بعض المهام الخاصة وإشراكه في بعض الأنشطة من شأنه أن يخدم في إبطال فقدان المتعالج للدافعية وعدم النشاط، وأن يحد من انشغاله بالأفكار المتواردة.

من هذا المنطلق يشترك المعالج والمتعالج في تخطيط نشاط يومي هادف. ثم يقوم المتعالج من خلال هذه القائمة بالإطلاع على ماتم إنجازها. ومن الضروري أن يوضح المعالج للمتعالج النقاط التالية عند تخطيط برنامج النشاط:

أ- لا يتوقع من أحد أن ينجز كل خطته بحذافيرها دائماً، ولذلك لا تشعر للأسف إن لم يتحقق البرنامج بأكمله.

ب- من المهم عند تخطيط الأنشطة تحديد نوعيتها وماهيتها أكثر من تحديد الكمية المراد إنجازها.

ت- حتى وإن لم يتم إحراز نجاح واضح في تنفيذ نشاط ما، فإن المهم هو محاولة الاستمرار في تنفيذ الخطة فعن طريقها يتم تقديم معلومات جيدة للهدف التالي.

ث- من الأفضل تخصيص بعض الوقت من مساء كل يوم لوضع برنامج أنشطة لليوم التالي موزعاً على كل ساعة من ساعات النهار.

ويذكر (بيك ورايغت 1983) دلائل على أن أكثر المتعالجين اكتئاباً يشعرون بتحسن عندما ينغمسون في نشاط ما، إذ يشغلهم الانهماك في العمل ولو لفترات محدودة عن مزاج الاكتئاب. وعلى المعالج تشجيع المتعالج على ملاحظة وتسجيل الأفكار السلبية التي قد تراوده أثناء تنفيذه لبرنامج النشاطات، لكي تتم معالجتها بالطريقة نفسها التي تعالج بها بقية الأفكار المشوهة لديه. (Wright and Beck, 1983, p1120)

(انظر الملحق 20 والملحق 28)

#### 4-10-11- نسبة الإتقان والرضا: Mastery And Pleasure techniques

يشير مصطلح الإتقان Mastery إلى «الإحساس بالإنجاز عند تأدية مهمة معينة في حين ان الرضا/ المتعة والسرور Pleasure تدل على المشاعر السارة الناتجة عن هذا النشاط».

ويمكن استخدام جدول النشاط اليومي لتقييم إنجاز المتعالج لكل نشاط، وذلك بإعطاء درجة لكل من الإتقان والرضا تسجل بجانب النشاط وتتراوح هذه الدرجة من الصفر الذي يمثل عدم

الإتقان (أو عدم المتعة) وخمسة التي تمثل الحد الأعلى من الإتقان والرضا. (انظر الملحق 14) وباستخدام مقياس التقدير هذا، فإن المكتئب يحثّ ليدرك النجاحات الجزئية والدرجات الصغيرة من المتعة وبالتالي يرفع من تقييمه لذاته لشعوره بقدرته على الإنجاز والنجاح في بعض المهام ويمكن لتقنيات الإتقان والرضا أن يكونا مستقلين عن بعضهما، وإن أي إتقان للمكتئب تعد خطوة للأمام تستحق التشجيع رغم أنه ربما لا يشعر خلال الإنجاز بأية متعة.

(Trower et.al.1999,p126) (Beck et.al, 1979, pp128,129)

إن أسلوب جدولة النشاطات وتقييمها يزود كلاً من المعالج والمتعالج بمعطيات تحدد وتصحح المعرفيات السلبية كالشعور بالعجز وال فشل، وعدم القدرة على الاستماع بشيء. إذ يمكن مع تقدم العمل استبعاد الأنشطة التي لم تؤد إلى أي متعة واستبدال غيرها بها. وقد لوحظ أن بعض متعالجي الاكتئاب يقومون بعدد من الأنشطة التي لا تمنحهم أية متعة، ويرجع السبب في ذلك إلى:

أ- أن هذه الأنشطة غير ممتعة أصلاً حتى قبل الإصابة بالاكتئاب. كما هي الحال مثلاً في أعمال المنزل اليومية الروتينية.

ب- سيطرة المعارف السلبية على المكتئب بحيث تحجب عنه أي شعور بالارتياح.

ت- وجود إهمال انتقائي للشعور بالمتعة.

يلاحظ أنه كلما زادت نسب/ درجات التفوق الإتقان والرضا انخفضت نسب القلق والاكتئاب وباكتشاف النشاطات التي تقلل من الاكتئاب أو التي تزيد فيه يكون باستطاعة المعالج والمتعالج التخطيط لزيادة الأولى والإقلال من الثانية. (Dattilio and freeman 2000,p53)

#### 4-10-12- المهام المتدرجة: Graded Task Assignment

يلاقي المكتئبون تحسناً في مزاجهم وذلك بعد قيامهم بتنفيذ بعض المهام البسيطة، مما يدفعهم ذلك إلى القيام بمهام أكثر صعوبة وباستخدام تقنية المهام المتدرجة يستطيع المعالج كما يرى Goldfried 1974 تجزئة المهمة الصعبة إلى خطوات تتدرج من الأسهل إلى الأصعب

ويطلب إلى المتعالج إنجازها الواحدة تلو الأخرى، بحيث لا يكلف بالخطوة التالية حتى يكون قد اعتاد على إنجاز الأولى. والغرض من ذلك نفي فكرة المتعالج عن ذاته بأنه عاجز عن إنجاز أي هدف ذا قيمة، وبخاصة لدى المتعالجين شديدي الاكتئاب. (Beck, 1976, p132) ويراعى عند تجزئة الواجب ما يلي:

أ- تحديد المشكلة (مثلا لدى إحدى الحالات اعتقاد بانها غير قادرة على تعلم اللغة الانكليزية).

ب- التدرج في تنفيذ الخطوات من السهل إلى الأصعب.

ت- إجراء تغذية راجعة للمتعالج تزوده بمعلومات تصحيحية تتعلق في قدرته الوظيفية.

ث- تشجيع التقويم الواقعي من قبل المتعالج لأدائه الحقيقي.

ج- تأكيد حقيقة أن المتعالج وصل إلى الهدف المرجو كنتيجة لجهده ومهارته الخاصة.

ح- ابتكار مهام جديدة أكثر صعوبة بالتعاون مع المتعالج. (Beck et.al, 1979, p132)

#### 4-10-13- التدريب المعرفي (الاستطلاعي): Cognitive Rehearsal

يرى بيك 1979 أن إحدى الصعوبات في معالجة المكتئبين تكمن في أنهم عندما يكتئبون تكون لديهم مشكلات في تنفيذ مهمات كانوا قد تعلموها سابقاً، ويعود ذلك إلى عدد من العوامل النفسية كالصعوبة في التركيز مثلا، إذ يمكن أن تعيق تنفيذ سلوكيات اعتيادية كان ينفذها قبل أن يصاب بالاكتئاب. (Trower et.al.1999,p92)

وعن طريق تقنية التدريب المعرفي يستطيع المتعالجون تسجيل بعض العقبات والصراعات التي ستواجههم والتي يمكن مناقشتها. (باترسون: 1990: 41)

والتدريب المعرفي الاستطلاعي يعني قيام المتعالج بتخيل الخطوات المتتالية لتنفيذ مهمة ما ومتطلباتها، فتصور سلسلة الخطوات المفترضة ذهنياً قبل الشروع في الإقدام على العمل المطلوب يساعد على:

أ- الانتباه والإقلال من تشتت الأفكار بالتركيز على التفاصيل، فيبطل بذلك ميل عقله أن يضل وبالتالي يطور معرفيات أكثر تكيفاً وملاءمة.

ب- تكرار تسلسل الخطوات يساع المتعالج على تجاوز العقبات المعرفية والسلوكية والبيئية التي قد تعرقل تنفيذ مهامه، وذلك بتحديد معرفياته المشوهة التي يمكن أن تظهر لاحقاً وبالتالي.

ت- تطوير حلول لمشكلات المكتئب قبل أن يصدم بخبرة فاشلة غير مرغوب فيها.

(Beck et.al, 1979, p135)

#### 4-10-14- التدريب على توكيد الذات وتأدية الدور: Assertive Training and Role-Playing

تمّ تطوير التدريب على توكيد الذات بهدف تحسين الذات وتقويتها فيما يختص بالعلاقات الشخصية بين الأفراد، والمقصود منها تمكين المرء من الدفاع عن حقوقه والتعبير عن شعوره ومواجهة خوفه الاجتماعي. والطريقة موجهة بشكل خاص للأفراد شديدي التهذيب لدرجة تسمح للآخرين باستغلالهم. فهم يجدون صعوبة كبيرة في الإجابة بـ لا، ويضطرون لمسايرة الآخرين على حساب رغباتهم الشخصية، وقد يجدون صعوبة في التعبير عن غضبهم وانزعاجهم، ويشعرون بأنه ليس لهم الحق في التصريح بمشاعرهم وأفكارهم الخاصة. وهذا هو نقيض السلوك العدواني الذي يتضمن محاولة تنفيذ الرغبات الشخصية بما يتجاوز حقوق الآخرين.

ويعني أداء الأدوار اختيار الدور من قبل المعالج، المتعالج أو كلاهما، إذ يقوم المعالج بملاحظة سلوك المتعالج وتفاعله الاجتماعي القائم على ذلك الدور ويذكر **Wolfe 1975** أنه يمكن أن يستخدم أداء الدور لإظهار وجهات نظر بديلة للمتعالج، أو لتوضيح العوامل المعرفية التي تتدخل في سلوكه، وتحديد التعبير الانفعالي المناسب. كما ويمكن استخدام عكس الدور إذ يأخذ المتعالج دور المعالج.

ويذكر بيك أن تقنية التدريب على تأكيد الذات وأداء الدور يمكن أن تستخدم بفاعلية في معالجة المكتئبين كما هي الحال مع تقنيات أخرى في حث المتعالج على استدعاء الأفكار المختلة وظيفياً (Trower et.al.1999, p95)

#### 4-10-15 - إيقاف التفكير المزعج: Thought Stopping

وهي «طريقة لتبديل السلوك المعرفي، وهي تقوم على أساس تعديل المخططات أو المعتقدات، بل على إيقاف عادات الاستجابات الفكرية التي تقتحم ساحة وعي المتعالج المزعجة، والتي لا طائل منها كالأفكار الو سواسية مثلاً.

إن جوهر التدريب على إيقاف التفكير المزعج يمكن في الوصول إلى اتفاق بين المعالج والمتعالج على أن الأفكار التي تتنابه مبددة للقوى النفسية والجسدية ومؤذية، وغير مفيدة، لذلك يجب استبعادها حالما تلجّ ساحة وعيه» (الحجار، 1999: 73) وربما تفيد هذه التقنية في إيقاف نوبات البكاء المتكررة لمتعالج اكتئابي ولآخر يمتلكه هاجس تدني تقدير الذات، فيشعر دائماً باستهجان الآخرين لسلوكه، ولتفكيره، لدرجة تسوره بأن الآخرين يرونه غيباً.

#### 4-10-16 - استخدام الدعابة: (Humor)

يقترح باستخدام هذه التقنية أكثر في العلاج العقلاني - الانفعالي كوسيلة لتمكين المتعالجين من ضوع تفكيرهم ضمن منظار أكثر واقعية. (Trower et.al.1999, p89) وتكون الدعابة مفيدة إذا كانت عفوية، وإذا سمحت للمتعالج بمراقبة أفكاره ولآرائه بموضوعية، وإذا قدمت بشكل لا تجعل المتعالج يفكر أنه شخص مستخف به. كما تسمح الدعابة للمعالج أن يحرر بنية معتقدات المتعالج دون مواجهة المعتقد الخاص مباشرة، فالمعالج يطلق الشكوك والمغالاة حول تصريحات المتعالج الحقيقية دون أن يتجادل حول كل نموذج خاص من الدليل المؤيد أو المعارض لفكرة ما مقدمة من المتعالج. بهذه الطريقة يستطيع المعالج إحداث تنافر معرفي يجعل المتعالج يبحث عن شروحات متعاقبة محتملة أو أفكار يمكن أن تكون أكثر تكيفاً.

(Beck et.al, 1979, p172) وعلى المعالج أن يراعي عدة أمور:

- تكوين علاقة قوية مع المتعالج قبل استخدام هذه التقنية.
- تحديد إذا كانت ابتسامة المتعالج على النكتة بحد ذاتها أم تعكس تفسيراً سلبياً لها، فالهدف من الدعابة هو أفكار المتعالج وآراؤه وليس المتعالج نفسه.
- اختيار الوقت الملائم لطرحها.
- التراجع عنها للمتعالجين الذين لديهم حساسية للانتقاد (Trower et.al.1999,p89)

#### 4-10-17- الاسترخاء:

تأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر العضلي، إذ رأى علماء النفس الفيزيولوجي منذ القرن التاسع عشر بأن جميع الناس يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية، يساعد ذلك على إضعاف قدرة الفرد على التوافق والنشاط البناء، لأنه في حالات التوتر تنهار المقدرة على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي، بسبب عدم توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً. ويعني الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. (إبراهيم، 1994: 154)

ويمكن لمعالج الاكتئاب والقلق معاً، أن يستفيدا من هذه التقنية لأن استجابة القلق واستجابة الاسترخاء بشكل متبادل. ويستطيع المعالج تعليم تمارين الاسترخاء ليقوم بالتدريب عليها بالمنزل كواجب منزلي له. ويمكن أن يعدّ المعالج أسرطة سمعية تساعد المتعالج في التدريب على الاسترخاء، أو في التركيز على أعراض معينة لكل متعالج وعلى حسب حاجاته. (Dattilio and freeman 2000, p55)

#### 4-11- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي:

تشير دراسات كثيرة إلى فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي لدى متعالي العيادات الخارجية لمختلف المشكلات والاضطرابات النفسية مثل متعالي الطب النفسي المزمنين (Bowers 1989. Freeman&Greenwood, 1983. Perris, 1990. Wright, Thas, Beck, Ludgate. 1993) والاضطرابات الناجمة عن سوء استخدام المواد (Beck, wright, Beck, Emery, &Greenberg, Newman&Liese, 1993) واضطراب القلق

1987 Michelson&Ascher, 1989 Freeman,&Simon, 1985) واضطرابات الهلع (Sokol et.al, 1989) واضطرابات الشخصية (Beck Freeman,&Associates, 1990.Freeman&Leaf, 1989.Layden,Newman, Freeman,&Byers-Morse1993) كما اعتبر العلاج المعرفي السلوكي طريقة فعّالة في علاج الاكتئاب السريري لدى المتعالجين الخارجيين (Freeman&Lurie,1994,pp1-4) ويتضح ذلك في الجدول التالي:

الجدول (3) يبين أمثلة عن العلاج المعرفي-السلوكي لمختلف الاضطرابات النفسية

الدراسة	نوع العلاج
Barlow et.al.1989 Clark et.al.1994	العلاج المعرفي السلوكي للهلع مع/أو بدون رهاب الساح.
Butler et.al 1991 Borkovec et.al 1987	العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام
Mattick et.al 1990 Trull et .al 1988	رهاب الساح-رهاب المجتمع، الرهاب البسيط واضطرابات الإرهاق النفسي ما بعد إصابة ما.
Heimberg et .al.1990 Mattick and peters 1988	العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لرهاب المجتمع
Kazdin and wilcoxin 1976	سلب الحساسية المنظم للرهاب البسيط
Marks and o'sullivan 1982 Steketee et al.1982	منع التعرض والاستجابة للاضطرابات الوسواس القهري
Dobson.1989	علاج Beck المعرفي الاكتئاب
Dimasico et al 1979 Elkin et .al 1989	علاج klerman and weissman's للعلاقات بين الشخصية للاكتئاب
Fairburn et .al 1993 Wiley et .al.1993	العلاج البين شخصي للضوّر (بوليميا) (الشراه المرضي)



Fairburn et .al 1993	العلاج المعرفي - السلوكي للضور
Azrin et .al 1980 Jacobson and Folletto .1985	العلاج السلوكي للمشاكل الزوجية
Lopiccolo and Stock. 1987 Auerbach et .al .1977	العلاج السلوكي للاضطرابات الجنسية
Blanchard et al. 1987 Blanchard et .al 1980	العلاج السلوكي للصداع والأمعاء المتهيجة
Keefe et.1992	العلاج المعرفي السلوكي للآلام المزمنة
Kupfersmid. 1989 Wright and Walker. 1978	التعديل السلوكي لسلس البول وعدم التحكم في التبرز
Hogarty et.al 1986 Falloon et .al 1985	برامج تثقيف الأسرة حول الفصام
Maston and Taras 1989	التعديل السلوكي لإضطرابات النمو

(Clark and Fairburn, 1999, p.103)

وفي دراسة « راض وزملائه (1977,Hollon, Kovas, Rush) لدى مقارنة العلاج المعرفي-السلوكي بأحد أكثر العقاقير للاكتئاب استخداماً وفاعلية (Tofrani) كان العلاج المعرفي-السلوكي يماثل في فاعليته العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب إن لم يفوقها في ذلك» (Burns, 1991,p.14) ويذكر بلاك بورن وتوادلي «أن العلاج المعرفي - السلوكي كان على الأقل بفاعلية العلاج بمضادات الاكتئاب لدة متعالي الاكتئاب في العيادات الخارجية».

(Blackburn&Twaddle, 1996,p34)

«وفي مقارنة للعلاج المعرفي - السلوكي بطرائق أخرى لعلاج الاكتئاب برهن العلاج المعرفي - السلوكي في دراسة(شاو Shaw،1977-1975) عن تفوقه على العلاج السلوكي والعلاج غير التوجيهي في معالجة المتعاليين المكتئبين». (Beck et.al, 1979, p350)

وكذلك في « دراسة دراهام وزملائه (Durham et.al, 1994) تفوق العلاج المعرفي- السلوكي على العلاج النفسي التحليلي توقاً ملحوظاً» (Hales et.al,1999,p129) كما «رأى

(شاو Shaw 1977) أن العلاج المعرفي- السلوكي تفوق على العلاج السلوكي (تدريب على المهارات البينشخصية) وعلى العلاج غير المباشر، وأشار «(موريس Morris) في دراسته عام 1975 إلى فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي خلال وقت قصير (ثلاثة أسابيع) مقارنة بالعلاج بالاستبصار» (Beck et.al, 1979, p389) وكذلك خلال فترة المتابعة أيضاً، تفوق العلاج المعرفي - السلوكي على العلاج الدينامي قصير الأمد في دراسة (Gallagher and thompson, 1989) لمتعالي الاكتئاب الأساسي الأكبر سناً». (Blackburn&Twaddle, 1996, p39)

«ومما يزيد في فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب تأثيره في الإقلال من معدل الانتكاس بنسبة أقل من 50% لمدة سنتين إلى ثلاثة». (Beck et.al, 1979, p356)

«إن كل ما سبق يشير إلى أن طريقة العلاج المعرفي - السلوكي طريقة واعدة تتطلب المزيد من البحث التجريبي الموضوعي لكي يدعم نتائج الدراسات الأولية، خاصة وأن الدراسات ما تزال موضع خلاف حول قوة تأثيره لأغلب الاضطرابات الاكتئابية الشديدة بالرغم من فاعليته في أنواع من الاكتئاب»

(Blackburn& Twaddle, 1996, p35) وكذلك في تحديد تلك الاكتئابيات المستجيبة للعلاج المعرفي - السلوكي عن غيرها بدقة أكثر (اكتئاب داخلي، اكتئاب ارتكاسي، اكتئاب مع أعراض ذهانية اودون...الخ)

(Beck et.al, 1979, p356) لذلك «اقترح لودغت Ludgate وزملاؤه أن العلاج المعرفي - السلوكي يجب أن يعدّ العلاج الأولي الفعال لكل من:

1- الاضطرابات التي ثبتت فاعليتها في بحث مضبوط للاكتئاب أحادي القطب، اضطرابات القلق، الاضطرابات النفسية الجسدية.

2- بعض الحالات من متعالي الاكتئاب التي يعتقد أن هذه الطريقة هي الأنسب لهم من الأدوية المضادة للاكتئاب كان يرفض المتعالي العلاج الدوائي أو لا يستطيع تحمل آثاره الجانبية.

3- بعض حالات الاكتئاب الشديد التي تستخدم العلاج الدوائي، إذ يكون مدعماً قوياً للعلاج الدوائي عن طريق زيادة درجة الالتزام بنظام الدواء، أو عن طريق تصحيح أنماط التفكير الخاطئة أو المواقف المختلة وظيفياً المتعلقة بالدواء.

4- تجربتين سريريتين على الأقل يديرهما باحثون مختصون مختلفون توضحان قدرة العلاج المعرفي - السلوكي على التأثير. (Clark&Fairburn, 199,p100)

وهذا ما دعا الباحثة إلى دراسة إمكانية استخدام العلاج المعرفي - السلوكي وتطبيقه على الحالات

الشديدة من الاكتئاب، أو الحالات ذات الانتكاسات المتكررة».

#### 4-12- أساليب علاجية أخرى للاكتئاب:

ساعدت الدراسات والبحوث الحديثة في فهم الأمراض النفسية والعقلية، وفي تصنيفها وتمييزها عن بعضها، في ظهور علاجات مختلفة لاضطراب الاكتئاب.

«ورغم تعدد المدارس النفسية، واختلاف الأطباء والمعالجين في تفسيرهم للاضطراب النفسي، إلا أن الهدف العلاجي هو مناقشة أفكار المتعالج وانهالات المتعالج واكتشاف مصادر الصراع والإجهاد ومحاولة تكيف المتعالج مع المجتمع في حدود قدراته الشخصية». (عكاشة، 1992: 219) وتختلف الأساليب والطرائق العلاجية في علاج الاكتئاب، باختلاف تفسيرهم لاضطراب الاكتئاب ويمكن تقسم هذه الأساليب إلى قسمين، يندرج تحتها كل أنواع العلاجات:

#### 4-12-1- العلاج الطبي:

يشمل العلاج الطبي كل ما يتعلق بالتأثير في الجوانب الفسيولوجية لجسم المتعالج وتتألف من:

#### 4-12-2- العلاج الكيميائي:

على الرغم من عدم معرفة آلية عمل أدوية تحسين المزاج لدى المكتئبين، إلا أنها تؤثر في نشاط الدماغ بزيادة عدد النواقل العصبية أو نقصانها. (مايو، 2002: 79)

ويمكن تصنيف هذه الأدوية المضادة للاكتئاب بالاعتماد على التركيب الكيميائي لها:

#### 4-12-3- مثبطات أنزيم المونو أمينو أوكسيدياز: (IMAO)

تعمل هذه المجموعة على منع مفعول أنزيمات المونو أمينو أو كسيدياز داخل الخلايا العصبية، التي تفك الناقلين العصبيين السيروتونين والنورايبينفرالين، فيؤدي ذلك إلى بقاء الناقل العصبية نشيطة لوقت أطول في منطقة المشبك. (Burns,1991,p P444) وتضم هذه المثبطات مجموعة أدوية وبأسماء تجارية مختلفة (أنظر الجدول 7)

#### 4-12-4- مضادات الاكتئاب الثنائية:

«لم تستطع هذه المضادات أن تصمد في وجه مضادات الاكتئاب الأخرى، ولاتزال الأبحاث جارية حول إمكانية جمعها مع مضادات اكتئاب أخرى لتحسين مفعولها ونذكر منها Tryptophane.» (النايلسي، 1994: 72)

#### خلاصة:

إن عملية العثور على العلاج المناسب تبقى عملية معقدة تحتاج إلى الوقت والخبرة وهذا ما تطرقت إليه الباحثة في هذا الفصل باستخدام الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي، والأساليب العلاجية المعرفية و مدى فاعليتها في خفض من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المراهقين السكريين خاصة وأنهم يفتقرون لبعض المهارات التي تساعدهم في مواجهة الصعوبات النفسية.

# الفصل الخامس

## 5- تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي للخض من حدة الأعراض الاكتئابية

تمهيد:

5-1- أهمية البرنامج

5-2- أهداف البرنامج

5-3- خطوات إعداد البرنامج

5-3-1- الخطوات التمهيديّة:

5-3-1-1- الأساس النظري المعتمد في تصميم البرنامج

5-3-1-2- النموذج المعرفي-السلوكي للاكتئاب

5-3-1-3- خطوات العلاج المعرفي - السلوكي

5-3-1-4- أهمية العلاقة العلاجية

5-3-1-5- التثقيف النفسي

5-3-1-6- خصائص الفئة المستهدفة في البرنامج

5-3-1-7- تحديد المضمون النظري للبرنامج

5-3-1-8- تحديد التقنيات المستخدمة في البرنامج

5-3-2- البرنامج بصورته الأولية

5-3-2-1- تحديد الأهداف العلاجية التي يسعى إليها البرنامج

5-3-2-2- تحديد الفئة المستهدفة في البرنامج

5-3-2-3- تحديد الوقت اللازم لإنجاز البرنامج

5-3-2-4- تحديد الأدوات والتقنيات المستخدمة في البرنامج

5-3-2-5- تحديد إجراءات كل جلسة علاجية

5-3-2-6- مثال عن إحدى الجلسات العلاجية بصورة أولية

5-3-3- التجريب الاستطلاعي التطويري للبرنامج

5-3-3-1- أهداف التجريب التطويري للبرنامج

5-3-3-2- عرض البرنامج بصورته الأولية على المحكمين ونتائجه

5-3-3-3- التطبيق التجريبي الاستطلاعي

5-3-4- الصورة النهائية للبرنامج

5-4- عرض للجلسات العلاجية

**تمهيد:**

يعتمد هذا البرنامج على طريقة جيدة إلى حد ما محددة في فهم الاضطرابات والأمراض النفسية، تقوم على دعائم فلسفية قديمة، عرضها الفلاسفة الرواقيون الذين اعتبروا المعاني التي يسبغها الناس على الأحداث هي التي تؤدي إلى استجابات انفعالية مختلفة للفرد الواحد في المواقف أو الأوقات المختلفة (باترسون، 1990: 31) ووفق هذا المنطق تنشأ المشكلات النفسية بناء على ما يقوم به الفرد من تشويه للواقع وللحقائق.

ويقوم هذا البرنامج على أساس توليفة بين مختلف الأساليب العلاجية في العلاج المعرفي - السلوكي بهدف رسم استراتيجية منظمة علمية تأخذ بعين الاعتبار تفرّد كل شخص من حيث تكون سلوكه وحالة اضطرابه، خاصة وأن «الاكتئاب يعتبر مجموعة متغايرة الخواص (Heterogeneous) فيما يتعلق بعلم أسباب الأمراض (Etiology) وكذلك الاستجابة للعلاج» (Beck et.Al, 1979, p361)

ويتوجه التدخل العلاجي (Intervention) بشكل أولي إلى تحديد المعرفيات المشوهة، المتعلقة بسوء التكيف، والسلوكات المختلة وظيفيا المرتبطة بها، ومن ثم دحض هذه المعرفيات وتعديلها مما يؤدي إلى تغييرات في كيفية رؤية المتعالج للعالم، في استجابته الانفعالية للمثيرات، وفي تحديد السلوك المناسب.

ويوضح هذا البرنامج خطوات التدخل العلاجي ضمن أسلوب نموذجي للعلاج المعرفي - السلوكي، تم تجريبه استطلاعياً مع عدد من المتعالجين المكتئبين بشكل فردي، وتطويره حتى أصبح بصورته النهائية.

وقد طبقت إجراءات هذا العلاج المعرفي - السلوكي في خمس عشرة جلسة علاجية، تنظّم كل جلسة بعرض الأهداف العلاجية والأدوات والإجراءات، ثم يقوم ما أحرزه العلاج التجريبي في جلساته الأخيرة.

ويلحق بالبرنامج مجموعة من الملاحق والجدول المساعدة للوصول إلى الأهداف العلاجية المرجوة.

لقد تبين «أن المعالجة المعرفية - السلوكية طريقة فاعلة في العلاج الاكتئاب البادي لدى المتعالجين الخارجيين، وذلك من خلال تجارب عيادية متكررة». (Freeman&Lurie,1994,p2) وهذا ما دعا الباحثة للتحقق من مدى فاعلية البرنامج في خفض من شدة الأعراض الاكتئابية لدى المتعالجين الذين أشرفت على علاجهم.

### 5-1- أهمية البرنامج:

تأتي أهمية هذا البرنامج من أنه:

- يعتبر اضطراب الاكتئاب اضطراباً شائع الحدوث في كثير من المجتمعات، إذ إن ما يقارب 20% من المتعالجين الذين يراجعون الأطباء العاميين يعانون من أعراض اكتئابية إما أنها مصحوبة بمرض بدني أو غير مصحوبة، و10% منهم تكون الأعراض الاكتئابية شديدة إلى الحد الذي يستوجب علاجهم. (الحجار، 1991: 68)
- تشكل خدمات الصحة النفسية بجوانبها العلاجية والتشخيصية والوقائية مطلباً ملحاً للإنسان العربي.
- يرتبط الاكتئاب بأي درجة من درجاته بانخفاض في الوظائف العضوية والاجتماعية والنفسية والفكرية، ومن ثم يؤثر في عمل وإنتاجية الفرد، وحياته العامة.
- قد يسهم هذا البرنامج في علاج مشكلات أخرى متصلة بالاكتئاب مثل مشكلات الإدمان واضطرابات الطعام، والقلق..... الخ (Freeman&Lurie,1994,p4) ومن ثم يمكن اختبار فاعليته في مجالات أخرى.
- يمكن اعتبار هذا البرنامج خطوة أولى في العلاج النفسي بالأسلوب المعرفي - السلوكي في الجزائر ، لأنه يقدم استراتيجيات إرشادية وعلاجية بأسلوب واضح متدرج للوصول إلى الهدف المتمثل في التخفيض من حدة الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث.



## 5-2- أهداف البرنامج:

## 5-2-1- الأهداف الرئيسية:

يعمل البرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه على تحقيق الأهداف التالية:

أ- العمل على خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد العينة موضوع البحث من خلال مجموعة من مبادئ وإجراءات العلاج المعرفي - السلوكي وتقوم هذه المبادئ على أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك ومن ثم فإن تغييرها سيترتب عليه تغير في سلوك المتعالج ومشاعره.

ب- إعادة صوغ البنية المعرفية (Cognitive Restructuring) للمتعالج من خلال مجموعة

من الأساليب تقوم على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير السيئ والتكيف (الخاطئ الذي يتنافى مع الواقع، أو المشوه) ويمكن استخدام أو انتقاء عدة أساليب لتحقيق ذلك مثل أسلوب (إليس، Ellis) في العلاج العقلاني الانفعالي أو أسلوب (مكينباوم، Meichenbaum) أو أسلوب (ريم، Rehm) أو أسلوب (بيك، Beck).

## 5-2-2- الأهداف الفرعية: يتوقع أن يحقق البرنامج الأهداف الفرعية التالية:

أ- تدريب أفراد العينة على مراقبة أفكارهم المشوهة للواقع خلال الأسبوع الأول من العلاج ثم التعبير عن هذه الأفكار، شفها وكتابيا بتسجيلها على سجل يومي لكل منهم.

ب- تعرّف أفراد العينة العلاجية على درجة الصلة بين التفكير والانفعال والسلوك ليؤثر

كل مجال بالآخر وترافق بعضها وتتبادل التأثير فيما بينها.

ت- العمل على رفع تقديرات المتعالجين السلبية من أفراد العينة عن الواقع والذات

والمستقبل باستخدام تقنيات خاصة بذلك مثل الحوار السقراطي، (Socratic Dialogue) والتدريب على الاسترخاء والتخيل، وإيجاد البدائل، والتدريب المعرفي الاستطلاعي، وإيقاف التفكير (Thought Stopping).

ث- تعليم أفراد العينة مراقبة أفكارهم، وتفسيراتهم لها، خاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة، ثم تسجيلها في سجل يومي لكل فرد منهم بهدف تقويم تقدمهم بالعلاج.

ج- الاستعاضة عن الأفكار (المشوهة، المختلة، غير العقلانية، سيئة التكيف) بأفكار واقعية وجوانب عقلية أكثر موضوعية باستخدام سجل الأفكار سيامو (انظر الملحق 11)

ح- تعليم المتعالج أو تدريبه على موقف جديد أو سلوك جديد باستخدام تقنيات مثل أداء الدور، والتدريب المعرفي الاستطلاعي.

خ- تأكيد أهمية العلاقة بين المعالج والمتعالج في التشارك بينهما في فحص الأدلة أو المعطيات أو دحض الأفكار المشوهة أو طرح الفكرة غير العقلانية أو الفكرة الخاطئة وتقويمها، وما الذي يسندها من أدلة باستخدام فنية الحوار السقراطي مع المعالج.

د- تدريب الأفراد على تلقين أنفسهم تعليمات ذاتية لتصبح فيما بعد تعليمات داخلية ضمنية (يسمىها بيك) المخططات) والتي قد تساعد في تعديل بعض السلوكيات باستخدام تقنيات كأداء الدور مثلاً.

ذ- إن الهدف من العلاج ليس الشفاء بل مواجهة المشكلات الصعبة في حياة المتعالج من خلال تدريبه على استراتيجيات وتقنيات سلوكية ومعرفية متباينة تشبه تلك التي تطبق بالواقع.

ر- «تعليم المتعالج استخدام الطرائق العلمية لحل مشكلاته الداخلية والخارجية بدءاً من تحديد المشكلة، وتحليل عناصرها وصولاً إلى التغلب عليها، وذلك بالمشاركة النشطة له مع المعالج، وتعلمه كيف يحل المشكلات أي يتعلم كيف يتعلم». (Beck, 1976, p 229).

**5-3-3- خطوات إعداد البرنامج:****5-3-1- الخطوات التمهيديّة:****5-3-1-1- الأساس النظري المعتمد في تصميم البرنامج:**

تمّ تصميم الصيغة الأولى للبرنامج بعد الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي- السلوكي بشكل عام والعلاج المعرفي- السلوكي لعلاج الاكتئاب بشكل خاص، وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية مثل: (الشناوي وعبد الرحمن، 1992) (باترسون، 1990) (إبراهيم، 1998) والمراجع الأجنبية (Beck,et al,1979) (Beck,1994) (Burns, 1999) (Dattilio&Freeman,2000)

تمّ الإطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية مثل (الأحمد، 1991) (الحجار، 1992) (طه الأحمد، 1993) (أبو النور، 1996) (الصباح، 1997) (صاصيلا، 2000) (ديغم، 2000) (رزق الله، 2002) فضلاً عن عدد من الكتب والوسائل السمعية والبصرية التي تشرح العملية العلاجية، تم الحصول عليها من مركز بيك Beck من أمريكا. (Trower et,Al, 1999) (Freeman&Lurie,1994) كما تم الإطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة التي وردت خلاصة نتائجها في الفصل الثاني الذي يستعرض الدراسات السابقة.

وبناء على كل ما سبق تمّ توليف البرنامج الحالي وإخراجه بالشكل النهائي بعد المتابعة مع الأساتذة المشرفين على البحث، إذ اعتمد على مجموعة من التقنيات والإجراءات التابعة لبعض الأساليب العلاجية المعرفية- السلوكية مثل تقنية الحوار الذاتي لمكنبام، وتقنية مراقبة الأفكار التلقائية لبيك، وتقنية ضبط الذات لريم.. الخ.

**5-3-1-2- النموذج المعرفي - السلوكي للاكتئاب:**

يعطي العلاج المعرفي - السلوكي دوراً مهماً للعلاقة بين مجالات التفكير والانفعال والسلوك، فجميعها أشكال متلاحمة ومتكاملة والتعديل في إحداها يعدل في المجالات الأخرى جميعها. (ELLIS, 1987,P106)

ويرى إيليس أن جانباً كبيراً من الانفعالات «لا تزيد على كونها أنماط فكرية متحيزة، أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد» (م.س)

فالناس تتفاعل تبعاً للمعاني أو التفسيرات التي يسبغونها على الأحداث. والفكرة التي تقرر أن المعنى أو التفسير الخاص لأي حدث يحدد أشكال الاستجابة الانفعالية التي تصدر عن ذلك الشخص، والتي يعتبرها باترسون محور النموذج المعرفي في التعامل مع الانفعالات والاضطرابات الانفعالية. (باترسون، 1990: 31)

لقد اعتبر المعرفيون أمثال (بيك Beck، وغليس Ellid، وميكنباوم Meichenbaum) أن الاضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاثة آليات أساسية يفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطراب كالاكتئاب أو غيره. وهذه الآليات هي الثالث المعرفي، التشوهات المعرفية (انظر الملحق 15)، المخططات (Freeman&Lurie, Schemata 1994, p5)

**- الثالث المعرفي: The Cognitive Triad**

يتألف الثالث المعرفي «من ثلاثة عناصر معرفية تحت المتعالج على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة. فالمكتئب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، معتقداً أنه شخص غير مرغوب فيه، وعديم القيمة بسبب خلل نفسي، أو أخلاقي، أو جسدي في نفسه، ويتألف العنصر الثاني من الثالث المعرفي من ميل المكتئب إلى تفسير تجاربه بطريقة سلبية فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا تقهر، ولا يمكن تذليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة، فهو مهزوم. وأما العنصر الثالث من الثالث المعرفي فهو النظرة السلبية إلى المستقبل، فالمكتئب يتنبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية». (beck et al, 1979, p11)

وبمقدار ما تختلف الأعراض وتتنوع من متعالج لآخر تختلف كذلك الأهمية النسبية للمواضيع المتعلقة بالذات والعالم والمستقبل. (م.س 12) وهذا ما يجعل المعالج منذ بداية العلاج يركز على هذا الثالوث بإجراء تقويم للأهمية النسبية لكل واحد من هذه العناصر، ليرسم فيما بعد تصور مشكلات المتعالج.

### - التشوهات المعرفي: Cognitive Distortion

«تحتوي الأفكار السلبية (للالوث المعرفي) والتي تسبب الاكتئاب والانفعالي على الدوام تشوهات ضخمة، ورغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء، وخارجة عن المؤلف فهي تبدو للمكتتب صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموماً بالإجماع، لأنها تتسم بالخصوصية الفردية. كما تظهر بشكل عفوي استجابة لحالة ما (تذكر حدثاً، أو التعرض لضغوط حياتية) ولهذا السبب تسمى بالأفكار التلقائية» (beck et al, 1976, p89). أما التشوهات المعرفية فهي «الأنماط المختلفة من الأخطاء في منطق التفكير التلقائي (Cognitive Errors) ويمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستقصاء المستخدمة في العلاج المعرفي-السلوكي» (beck et al, 1979, p8). وهناك عدة تشوهات أساسية تتكرر يقوم المعالج بمواجهتها مع المتعالجين. (انظر الملحق 15)

ويكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة المتعالج على التخلص من التشوهات المعرفية، أو أن يتكيف في استجاباته معها، إذا كان ذلك مستحيلاً.

### المخططات: Schemata

هي بناءات (Structures) معرفية، يعتقد انها تسبب شتى التشوهات التي نراها لدى المتعالجين.

«إن التفسير المعرفي للاكتئاب يقوم على النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل. حيث يتجلى هذا الثالوث المعرفي السلبي من خلال استجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويعتقد أن الثالوث السلبي يقوم بصياغة تلقائية ومستمرة لإدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذ

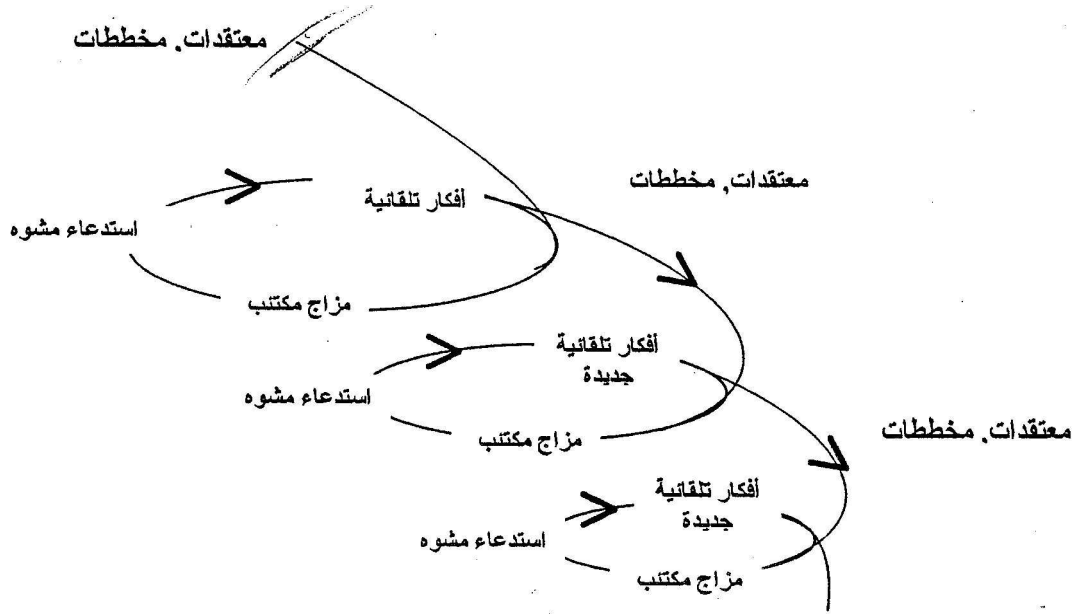
تزيد التشوهات التلقائية في تأثير الاعتقادات الضمنية المختلة وظيفياً، والتي تؤدي بدورها إلى مزاج مكتئب، المزاج المكتئب يؤثر بدوره سلباً في استدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، مما يديم ويوسع من مزاج المكتئب» وهذا ما يسمى بلولب الاكتئاب المتجه نزولاً. (Freeman&Lurie, 1994, p9) والذي يشكل أكثر من حلقة تغذية راجعة باستمراره، إذ كلما تشكلت حلقة ساعدت على تشكل حلقة أخرى وهكذا، مما يزيد في تدني المزاج لدى المتعالج.

«في حالات الاكتئاب الخفيف (Milde) غالباً ما يكون المتعالج قادراً على النظر إلى أفكاره السببية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية إلى أن يصبح مشغولاً بشكل مسبق بالأفكار السلبية المتكررة الدؤوبة، فيجد صعوبة شديدة في التركيز على المثيرات الخارجية مثل القراءة أو الانشغال بنشاطات ذهنية مثل التذكر أو حل المشكلات، ويغدو التنظيم المعرفي الخاص بالمزاج ذاتي التحكم لا يستجيب للمدخلات الحيطية به».

(Beck et al, 1979,p13)

وهنا يكون التركيز الرئيس في العلاج المعرفي للاكتئاب مساعدة المتعالج على تفحص الأسلوب الذي يفسر فيه العالم (المعرفيات) وتجربيه سلوكاً أكثر مرونة، مما يؤدي بذلك إلى تحطيم دورة الاكتئاب لتصبح فيما بعد التشوهات المتعلقة بالذات والعالم أو المستقبل حوراً للعلاج. (Freeman&Lurie, 1994, p10)

الشكل (3): يبين دورة الاكتئاب



بتصرف عن (Freeman&Lurie, 1994,p9)

3-1-3-5- خطوات العلاج المعرفي-السلوكي:

لكي يبلغ العلاج المعرفي-السلوكي أهدافه، لا بد من اتباع المعالج الخطوات التالية الموضوعية من قبل مؤسس العلاج المعرفي للاكتئاب بيك 1976، وبيك وزملائه عام 1979 وهي: بتصرف عن (Freeman&Lurie, 1994,p9)

- تحضير المعالج للعلاج المعرفي-السلوكي:

«يتم تهيئة المتعالج للعلاج المعرفي-السلوكي خلال معظم الجلسة الأولى والوقت الأكثر من الجلسة العلاجية الثانية حيث يقدم المعالج الفكرة العامة للعلاج، ثم يشرح للمتعالج العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وذلك باستخدام بعض الأمثلة (انظر الملحق 16)، أو بإعطائه نشرة عن العلاج المعرفي-السلوكي ثم يناقش مع المتعالج تقلاباته في الأعراض الاكتئابية مستخرجاً بذلك توقعاته فيما يتعلق بالمعالجة، إذ يتوقع بعض المتعالجين شفاءً كالمعجزة، وعندما لا يحدث هذا، فإنهم سرعان ما يصابون بخيبة أمل قاسية.

(Beck et al, 1979, p72) كما ويعتقد بعضهم نتيجة اجتماع التشاؤم المرضي مع المحاولات السابقة للعلاج غير الناجح، أن العلاج لا يستطيع إحداث أي نوع من التغيير الناجح. ونتيجة لمثل هذه التوقعات، فإن أولئك المتعالجين يميلون لتفسير أي ازدياد في أعراضهم أو مشكلاتهم بطريقة سلبية. (Burns, 1991,p31) كما ويعتقد بعضهم نتيجة لاجتماع التشاؤم المرضي مع المحاولات السابقة للعلاج غير الناجح، أن العلاج لا يستطيع إحداث أي نوع من التغيير الناجح. ونتيجة لمثل هذه التوقعات، فإن أولئك المتعالجين يميلون لتفسير أي ازدياد في أعراضهم أو مشكلاتهم بطريقة سلبية. (Burns,1991,p31) ولهذه الأسباب من المهم للمعالج أن يشير إلى أن المنهج الطبيعي للاكتئاب له تقلباته المرتفعة والمنخفضة، وإن كل زيادة في الأعراض أو المشكلات أو الانتكاس خلال العلاج أو بعده يمكن أن يقدم فرصة مناسبة للمعالج والمتعالج لأن يحدّد بدقة معرفيات المتعالج التي تقود إلى إعاقة كهذه. فتشكل بذلك خبرة تعليمية مفيدة للمتعالج في تطبيق خطط مواجهتها. (Beck et al, 1979, p75).

#### - وضع خطة علاجية لكل جلسة:

يهدف بناء الخطة العلاجية لكل جلسة إلى:

- التخفيف من أعراض المتلازمة الاكتئابية، وزيادة في مشاعر السعادة والرضا.

- الوقاية من عودة الاضطراب.

وتنفذ هذه الأهداف بتدريب المتعالج على تحديد وتعديل تفكيره الخاطئ وسلوكه المختل وظيفياً

وإعادة تعريف وتعديل النماذج المعرفية التي تؤدي اختلال تكوين الأفكار والسلوك.

كما أن استخدام تقنية حل المشكلات تساعد على التخفيف من الأعراض الاكتئابية، وذلك عبر سلسلة من الجلسات التي تهدف إلى تحديد مشكلات لها هدف صممت لنقل مهارات معرفة ومحددة تحديداً واقعياً. ولكن هنالك بعض الأفراد الذين يعانون من عجز في مهارة حل المشكلات، وهذا يتطلب تعليمهم مباشرة مهارات أفضل لحل المشكلات، وهنالك أشخاص



آخرون تتوافر لديهم أساليب واستراتيجيات لحل المشكلات ولكنهم ينظرون إلى قدراتهم هذه بانقاص. ويشير (داتيليو وفريمان) إلى ضرورة التقنيات السلوكية في الحالة الأولى، في حين تكون التقنيات المعرفية أكثر ملاءمة للحالة الثانية» (Dattilio and Freeman.2000, p8)

### -وضع جدول أعمال عند بدء الجلسة:

يعد وضع جدول الأعمال أمراً أساسياً في العلاج المعرفي - السلوكي لتتدرج جلسات العلاج في سيرها. وقبل أي شيء يجب أن يتأكد المعالج أن المتعالج مستعد ويريد تنفيذ الخطة. لذلك يقترح المعالج والتعالج معاً موضوعات لبرنامج كل جلسة علاجية، تبلغ من موضوعين إلى أربعة موضوعات في كل جلسة علاجية تتقرر في بداية كل جلسة.

(Hales et al, 1999, p1213)

وينصح عموماً بتشكيل جدول أعمال يتصف بما يلي:

- يمكن تنفيذه ضمن الإطار الزمني للجلسة الفردية.
- يلقي نظرة عامة على نشاطات الأسبوع للمتعالج، فيمكن أن يطلب إليه أن يذكر خلاصة مختصرة عن تجارب المتعالج منذ الجلسة الأخيرة، أو موضوعات محددة تكون وثيقة الصلة بالمتعالج، أو نكون أكثر إزعاجاً له في الوقت الراهن.
- يتضمن تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، وعن الواجبات المنزلية ويتم الاعتماد في إعداد جدول الأعمال يتضمن:
- مرحلة العلاج ومدى تقدم المتعالج حتى الآن. على سبيل المثال، هل تعلم المتعالج أن يراقب ويسجل المعرفيات سيئة التوافق؟ هل قام باستجابات عقلانية؟ هل تعلم تحديد وتصحيح الأخطاء السلبية في تفكيره؟
- تحديد المشكلات الأكثر إزعاجاً للمتعالج في الوقت الراهن.
- شدة الاكتئاب وخطورته، إذ يستخدم مهام وواجبات عملية سلوكية مع المكتتبين بشدة وعندما تخف أعراض الاكتئاب يستخدم مهام معرفية تتطلب تفكيراً نظرياً أكثر.

- إذا حدثت ردود فعل المتعالج على الجلسة السابقة، فإنها تعتبر بنداً من بنود جدول أعمال الجلسة الحالية، ويقوم المعالج عندها بسؤال المتعالج عما إذا كانت مشاعر أو اهتمامات إضافية قد تلت تلك الجلسة السابقة. (beck et al, 1979, p77)

«ولابد من أن يكون هنالك مرونة كافية بين المعالج والمتعالج عند وضع جدول الأعمال وتنفيذه، وذلك للكشف عن مبادرات للمتعالج يعبر فيها عن أفكار مهمة أو مشاعر لم تكن متوقعة في بداية الجلسة». وهذه المرونة تفترض التعاون وليس إملاءات من طرف على آخر، وهذا التعاون كما يذكر (فريمان وداتيليو) «لا يفترض أن يكون التعاون بين المعالج والمتعالج مناصفة وإنما قد يكون 70/30 أو 90/10 على أن يعمل المعالج كموجه خبير، خلال الجلسة». (Dattilio and Freeman.2000, p40)

#### - بناء الفرضيات الملموسة واختبارها: (Test Concrete Hypotheses)

من الصعوبة أن يتم تصميم نموذج للفرضيات ينطبق بصورة تامة على كل متعالج، فاستناداً إلى استجابات المتعالج لأسئلة المعالج، يستطيع الأخير أن يطلق عدة فرضيات، يعمل فيما بعد على اختبار مدى ملاءمة فرضيته المصوغة للمعطيات والمعلومات المستنتجة عن المتعالج، ثم يعمل المعالج مع المتعالج على تعديل الفرضية لتحسين ملاءمتها على الحالة الفردية للمتعالج. وأخيراً يتم اختبار هذه الفرضيات في وقت لاحق في أنشطة الحياة اليومية للمتعالج كأنه ينفذ تجربة علمية معينة. (beck et al, 1979, p79)

ومن المهم أن يضع المعالج في ذهنه أن فرضياته بكل بساطة هي حدس مبني وليست حقائق أو معطيات Data فالمعطيات تتألف من ملاحظات وتقريرات المتعالج الاستنباطية، فضلاً عن نتائج الاختبارات التجريبية. (م.س)

#### - استخلاص التغذية الراجعة من المتعالج:

تعدّ التغذية الراجعة مهمة في العلاج المعرفي - السلوكي، فهي تساعد على تثبيت العلاقة العلاجية من خلال تشجيع المتعالج على التعبير في أثناء الجلسة العلاجية عن ملاحظاته ومشاعره نحو العلاج والواجب المنزلي والمعالج. (Hales, et.al, 1999, p1212)

ويبدأ المعالج هذا الإجراء بشكل مبكر في العلاج بالسؤال مثلاً: «هل لديك أي استفسار عن الواجب المنزلي؟» و «هل تريد أن تقول شيئاً عن الجلسة السابقة؟ عن الجلسة الحالية مثلاً؟» هل لديك أي أفكار أو مشاعر عن هذه الجلسة لغاية الآن؟ «هل تشعر بأنك أفضل حالاً عما بدأت به أم أسوأ؟»

والمكتتبين يكونوا مترددين في الحديث مع المعالج خوفاً من أن يرفضهم أو ينتقدهم أو من أن يقوموا بخطأ ما، وغالباً لا يعبروا عن ملاحظاتهم وإدراكهم السلبي للمعالج وهنا تقع مسؤولية المعالج في طلب التغذية الراجعة ليتأكد من أنه والمتعالج متناغمان وعلى الموجة ذاتها. (م س)

فمن الممكن أن يقول المعالج مثلاً: إننا نتنافس معاً حول انفعالاتك وأفكالك السلبية، ومن المهم أن تكون مدركاً أن ردود أفعالك السلبية نفسها يمكن أن تحدث في العلاج ذاته، أي أنني يمكن أن أقول أو أفعل شيئاً قد يؤلمك أو تشعر بالرفض أو الإهانة. فإدراكك قد يكون صحيحاً وربما لا يكون. والطريقة الوحيدة لتكتشف ذلك هي أن تتفحص ملاحظاتك معي. فأنا لا أعرف ما لديك من تفكير وشعور وبالتالي عليك أن تخبرني بما لديك. وكما ترى فإن تقارير كهذه تشكل مادة قيمة نحققها في المعالجة، إضافة إلى أنها تمدنا بمعلومات تساعدنا في عملية العلاج وفي نهاية كل جلسة سوف نتفحص معاً انفعالاتك نحو الجلسة أو أي شيء أزعجك أو أية مشاعر غير سارة اختبرتها. (Beck et al, 1979, p82) (انظر الجدول 21)

#### - تقديم وتشجيع الملخصات:

من المفيد أن يقدم المعالج عبارات مختصرة في أوقات مناسبة خلال الجلسة. ويشكل مواز ومتناغم أن يقدم المتعالج موجزاً عن ما يعتقد عن المعالج في أثناء تواصله معه. ففي بداية كل جلسة يلخص المعالج الموضوعات المختلفة التي استخلصها من وصف المتعالج لمشكلته وأعراضه، وأن يأخذ منه موافقة على ما تم تلخيصه، فيقول المعالج مثلاً «يبدو أنك تعني أنك.....هل فهمت أنا ما تقوله بصورة واضحة..» ومع تقدم العلاج يمكن أن يصوغ المعالج أفكار المتعالج بشكل جديد على نحو مثلاً «يبدو: أنك تخبرني...» أو أن ينقح ألفاظه فيقول

مثلاً: «ما أسمعك تقوله هو...» أو إذا كان غير متأكد من المضمون الصحيح للمادة اللفظية مثلاً: «أليس صحيحاً في اعتقادي أنه...» وفي كل حالة ينتظر المعالج تأكيد المتعالج أو تنقيحه، أو رفضه. (الجمعية، 2002: 13)

ويستخدم المعالج الملخصات على الأقل ثلاث مرات خلال الجلسة العلاجية في بداية الجلسة في أثناء إعداد جدول الأعمال، وفي منتصفها، وأخيراً في نهاية الجلسة، حيث يقدم المعالج ملخصاً أخيراً للنقاط الرئيسية في الجلسة، ويمكن أن يقوم المتعالج بالتلخيص الأخير، وهذا يزيد في المشاركة الوجدانية (Empathy) وبالتالي يزيد في مسؤوليته في العلاج.

(Beck et al, 1979, p83)

ويقصد بالمشاركة الوجدانية كما يراها «روجرز» وهي حالة التفهم والإحساس المتبادل، فكأن المرء هو الآخر ولكن دون التخلي عن حالة (وكأن)، أي الإحساس بألم الآخر أو فرحه، كما يشعر به هو، وإدراك أسبابه كما يدركه هو ولكن دون أن ينسى المعالج: وكأنني أنا المجرّوح أو الفرّحان... الخ وعندما تضيع سمة (وكأن) يتحول الأمر إلى حالة من التماهي

(عن رايتان وآخرين، 2002: 22)

#### - استخدام تقنيات مساعدة:

يمكن أن يستخدم المعالج مجموعة من المساعدات لتعزيز أثر الجلسة العلاجية وتوسيعها، كأن يستمع المتعالج إلى شريط صوتي، أو فيديو بعد الجلسة مباشرة، إذ إن مشاهدة الأفلام المصورة لجلساتهم العلاجية تساعد بعض المتعالجين على تصحيح بعض إدراكاتهم المشوهة عن أنفسهم، وأيضاً في مسرحة Dramatizing بعض سلوكياتهم سيئة التكيف (Maladaptive Behaviors). (Beck et al, 1979, p85)

#### - الاستعانة بأشخاص مرجعيين:

هناك دليل مهم بأن مشاركة صديق أو قريب أو أي شخص مهم عند المتعالج يعزز التأثير العلاجي للجلسة. ويتم ذلك بعد الجلسة الأولية مباشرة للمتعالج فهذا يساعد المعالج في:

1- الحصول على معلومات حيوية إضافية فيما يتعلق بأعراض المتعالج والأداء الوظيفي والتهديدات بالانتحار فيما إذا كانت موجودة... الخ

2- فرصة لشرح الإجراءات العلاجية والواجبات المنزلية للأطر المرجعية وذلك بما يخدم الخطة العلاجية.

3- إعطاء فرصة تحييد بعض من السلوكيات المضادة للعلاج والصادرة عن هؤلاء الأشخاص

المرجعيين للمتعالج على نحو الاقتراحات غير المثمرة، كالتوبيخ، والاستهزاء، والرفض.

4- تقديم معطيات عن العلاقات البينشخصية للمتعالج والتي يمكن أن تسهم في استقرار الاكتئاب. (Beck et al, 1979, p85)

#### 5-3-1-4-أهمية العلاقة العلاجية:

تعطى العلاقة العلاجية أهمية كبيرة في العلاج المعرفي-السلوكي، إذ «تتصف هذه العلاقة بدرجة كبيرة من التعاون العلاجي بين المعالج والمتعالج، ويقوم كل منهما بعمل يشبه عمل فريق تقصي الحقائق، فهما يضعان فرضية حول صلاحية الأفكار التلقائية والتصورات أم بالتناوب حول فعالية الأنماط السلوكية فيتم بالتالي إعداد سلسلة من التمارين (التجارب) لاختبار صلاحية الفرضية، ونتيجة لذلك يتم تعديل المعرفيات أو التصرفات أو حتى الفرضية».

(Burns, 1991, p15)

ومما يزيد في الطبيعة التعاونية التشاركية للعلاقة العلاجية كون التدخلات العلاجية في العلاج المعرفي-السلوكي تصمم لتوافق مستوى الأداء الوظيفي للمتعالج من الناحية المعرفية والاجتماعية. فكلما كان المتعالج يعاني أكثر من اختلال وظيفي كانت الطاقة التي يستهلها في المعالجة أقل، وبالتالي يكون المعالج أكثر نشاطاً وفعالية من المتعالج، وذلك إلى أن يتحسن المتعالج ويفهم المزيد عن أساليب العلاج المعرفي - السلوكي، عندها يصبح المعالج أقل نشاطاً إلى حد ما (Dattilio&Freeman,2000,p.7) وهذا ما هذا ما وجدته الباحثة مع متعالجين

مكتئبين بشدة، يعانون من يأس، أو فقدان في الطاقة، أو ضعف في القدرة على التركيز، حيث يكون العمل معهم أكثر توجيهية واعتماداً على المعالج.

كذلك فإن وجود بعض الصفات لدى المعالجين، كاللطف، والتفهم، والمشاركة الوجدانية الملائمة وحسن استخدام الدعابة يزيد في تقوية العلاقة العلاجية. (عن الجمعية، 2002: 15)

### 5-1-3-5- التثقيف النفسي: Psychoeducational

يعدّ التثقيف النفسي مكوناً مهماً في العلاج المعرفي-السلوكي لأن هذا التثقيف يؤدي دوراً في تعديل السلوك، وتصحيح المفاهيم المشوهة أو المعتقدات الخاطئة للمتعالج التي تقف عائقاً في هذا التعديل. (عن الحجار، 1992: 5)

ويبدأ التثقيف النفسي عادة بعملية التآلف بين المتعالج والمعالج والتوقعات المحتملة لكل من المعالج والمتعالج، إذ يقوم المعالج بدور المعلم إلى حد ما. ففي المرحلة الافتتاحية للعلاج يشرح المعالج المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي-السلوكي، أي العلاقة المتداخلة بين الأفكار والمشاعر والتصرفات، ويعرف المتعالج على تصميم جلسات العلاج المعرفي-السلوكي، ويكرس المعالج أيضاً وقتاً في بداية المعالجة ليناقد العلاقة العلاجية المحتملة لكل من المعالج والمتعالج، وغالباً ما تكون قراءة ما تمّ تعيينه من واجبات لتعزيز التعلم ولتعميق فهم المتعالج لمبادئ العلاج المعرفي-السلوكي، ومن ثمّ يعلم مهارات التحدي الفعال للأفكار المختلة وظيفياً وتعديل السلوكات سيئة التكيف التي تؤدي إلى استمرار الاكتئاب. ومن الأمثلة على الواجبات العامة المعينة للقراءة «نشرة عن العلاج المعرفي- السلوكي للاكتئاب»

(Freeman&Lurie,1994p17) (انظر الملحق 17)

ويراعي في التثقيف النفسي وعند تقديم شروحات أو توضيحات تجنب الأسلوب التلقيني، وتأكيد طريقة التعلم التعاونية المشتركة الفعالة.

ويمكن استخدام بعض مواد التثقيف السمعية والبصرية في العلاج المعرفي-السلوكي، وقد استخدمت أيضاً الجلسات الجماعية لتثقيف المتعالجين حول العلاج المعرفي-السلوكي، كما

استخدم حديثاً العلاج المعرفي-السلوكي، كما استخدم حديثاً العلاج المعرفي-السلوكي عن طريق الحاسوب. (Hales et al, 1999, p121)

### 5-3-1-6- خصائص الفئة التي يستهدفها البرنامج:

يتوجه البرنامج إلى الأفراد المكتئبين والاكتئابيين<sup>1</sup> غير الأميين، ومن عمر يتجاوز الـ 16 سنة.

### 5-3-1-7- تحديد المضمون النظري للبرنامج وتقنياته:

أطر البرنامج كما هو واضح من العنوان بـ " أدبيات النظرية المعرفية" المفسرة للاضطرابات النفسية والاكتئاب بصفة خاصة، وتقنياتها العلاجية كما أوضحناها في الفصل السابق واستوحينا الخطوات الإجرائية للبرنامج من النظرية ذاتها مستندين على معالمها التالية :

- التفسير المعرفي للاكتئاب
  - خطوات العلاج المعرفي-السلوكي
  - تأكيد أهمية العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي-السلوكي.
  - تأكيد أهمية التنقيف النفسي في العلاج المعرفي-السلوكي
- أما تقنيات البرنامج، فهي كذلك مستوحاة من النظرية المذكورة واعتمدناها في إعداد البرنامج قبل الطور التجريبي.

<sup>1</sup>- الاكتئاب: كلمة تطلق للدلالة على الشخص ذي الاستعداد الاكتئابي، المكتئب: تطلق للدلالة على الشخص المتعالج والذي يعاني فعلا من متلازمة اكتئابية. (زيور، 1980: 13)

**5-3-1-8- تحديد التقنيات المستخدمة في البرنامج:**

تمّ تحديد التقنيات المستخدمة في البحث في مرحلة ما قبل التطوير التجريبي، وذلك بعد التعرف إلى خصائص مراجعي المشافي الخارجية خلال الأعوام السابقة، (2008، 2009) والإطلاع على بعض الدراسات التي اهتمت بالعلاج المعرفي للاكتئاب.

تمّ تقسيم التقنيات شكلياً<sup>1</sup> إلى نوعين:

1- تقنيات معرفية استهدفت تحديد الأفكار التلقائية ومراقبتها، ومن ثم تعديلها، وكذلك تحديد المخططات /المعتقدات ومن ثم تعديلها باستخدام تقنيات مثل (تقنية الحوار السقراطي - سجل الأفكار - التخيل -إيجاد البدائل - التدريب المعرفي الاستطلاعي - تفحص الدليل - إعادة عزو الصفات - الإقلاق من الصفة الكارثية).

2- تقنية سلوكية استهدفت مواجهة العجز والملل والكسل والفشل مثل (حل المشكلات - التدريب على توكيد الذات - استخدام التناقص - الاسترخاء).

وتمّ تطبيق التقنيات السابقة من خلال استمارات العلاج المعرفي-السلوكي ( أنظر الملحق رقم: 10-11-12)

وقد تم إعداد البرنامج في صورته الأولية في الخطوات التالية :

**5-3-2- البرنامج بصورته الأولية:**

أعد البرنامج في صورته الأولية من خلال الخطوات التالية:

5-3-2-1- تحديد الأهداف لكل جلسة علاجية

5-3-2-2- تحديد الفئة المستهدفة في البرنامج (المتعالجين المكتئبين من مراجعي العيادات الخارجية في العيادات الخاصة بمدينة جبجل) .

<sup>1</sup>- تم تقسيم لسهولة الدراسة إذ لا يمكن فصل استخدام التقنيات المعرفية عن التقنيات السلوكية في العلاج المعرفي- السلوكي فصلاً تاماً، إذ يمكن استخدام التقنيتين معاً في الجلسة العلاجية الواحدة وينسب متفاوتة وذلك على حسب شدة الحالة (الباحثة).



5-3-2-3- تحديد الوقت لإنجاز البرنامج بخمس عشرة<sup>1</sup> جلسة علاجية تقريباً على مدى أحد عشر أسبوعاً بمعدل جلسيتين في الأسبوع لمدة 4 أسابيع، ومن ثم جلسة واحدة أسبوعياً لمدة 7 أسابيع. ومدة كل جلسة ستين دقيقة تقريباً.

5-3-2-4- تحديد الأدوات والتقنيات المستخدمة في كل جلسة. وتحديد الهدف من التقنيات المعرفية والسلوكية، وكذلك أسئلة كل تقنية ( انظر الجدول 12).

5-3-2-5- تمّ تحديد إجراءات كل جلسة علاجية بشكل تفصيلي مع ذكر التغذية الراجعة لكل من التقنيات المعرفية والسلوكية. (انظر الجدول 13).

5-3-2-6- مثال تفصيلي لإحدى الجلسات التي تمّ إعدادها في المرحلة قبل التجريب الاستطلاعي التطويري.

رقم الجلسة الخامسة: الزمن ستين دقيقة «حالة بنت عمرها 15 عاماً، لديها أعراض اكتئابية تجلت في الانعزال والشعور بالملل والعجز عن القيام بأي عمل». تمّ تشخيص ذلك عن طريق السجل الطبي وبعد ذلك تطبيق مقياس الاكتئاب (انظر الملحق 01)

#### - الأهداف:

- التعرف إلى الأفكار التلقائية ومراقبتها و معاينة مستوى نشاط المتعاجة، وتحديد أكثر النشاطات متعة لها قبل مرضها عن طريق استمارة المقابلة الإكلينيكية (انظر الملحق 05) ويتم تسجيلها في جدول النشاط اليومي والأسبوعي المسطر
- الأدوات والتقنيات: السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً سيامو (انظر الملحق 11) جدول النشاط اليومي والأسبوعي (انظر الملحق 28 والملحق 29) ، استمارة مزايا/مساوئ (انظر الملحق 23).

<sup>1</sup>- إن طول فترة المعالجة وتكرار الجلسات وطول مدتها أمور قابلة للتفاوض وليست قسرية.

## الإجراءات:

- شرح العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- تنفيذ الأنشطة اليومية المقترحة من الطرفين (المعالج والمتعالج) وتحديد نسبة الإتقان والرضا لكل من نشاطات المتعالجة، وناقشتها بأن تغيير سلوكها سيؤدي إلى تغيير في مزاجها، مستخدمة استمارة مزايا أن تعمل، ومساوئ أن لا تعمل.
- تلخيص النقاط المهمة في الجلسة، ومعرفة ردود فعل المتعالجة تجاهها.

## 5-3-3- التجريب الاستطلاعي التطويري للبرنامج (أهدافه وإجراءات تطبيقية):

## 5-3-3-1- الأهداف:

استهدف التجريب الاستطلاعي التطويري للبرنامج ما يلي:

- التعرف إلى الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث لدى تطبيق البرنامج على عينة البحث واستدراكها.
- تحديد الأخطاء والثغرات الواردة في البرنامج سواء أكانت من حيث التصميم أم التنفيذ، من خلال عرضه على عدد من الأساتذة المحكمين.
- التعرف إلى مدى صلاحية البرنامج لتحقيق الأهداف التي وضع من أجلها.
- تعديل البرنامج وتطويره في ضوء التغذية الراجعة لهذا التجريب.

## 5-3-3-2- عرض البرنامج على المحكمين:

تم عرض البرنامج بصورته الأولية بعنوان (أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للمراهقين السكريين) على مجموعة من الأساتذة المحكمين بالمراسلة) وذلك للتحقق من مدى دقة الصورة الأولية، ومدى تغطيتها للموضوعات المستهدفة. وبعد إطلاعهم عليها قدم المحكمون مجموعة من الآراء والملاحظات المهمة وبعض التعديلات التي ساهمت في تطوير هذه الصيغة. ونذكر منها:

- تأكيد أهمية التعامل مع المشكلة الحالية للمتعالج وعدم الانزلاق إلى مشكلات كثيرة سطحية يطرحها المتعالج تختبئ تحتها المشكلة الحقيقية.
- تأكيد أهمية المرونة في تحديد عدد الجلسات ولكن تبقى ضمن حدود 7-15 وذلك على حسب شدة الحالة.
- الاستعاضة عن بعض العبارات مثل (انعدام الفعل) بكلمة (الكسل) وعبارة (الكمالية) بعبارة الرغبة في الوصول على الكمال) وعبارة (التصورات) بعبارة (المخططات)
- وضع مخططات شبكية لكل جلسة علاجية تبين الهدف والأدوات المستخدمة فيها، وذلك لتعطي الباحث أو المعالج فكرة سريعة عن محتوى الجلسة العلاجية المحددة قبل تصفح بنود الجلسة كلها.
- وضع جداول تبين استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية في البرنامج، وكذلك التغذية الراجعة لكل تقنية من هذه التقنيات.
- التركيز في الجلسة الأولى على العلاقة العلاجية، وعلى تحقيق التحالف، ثم مناقشة توقعات المتعالج من العلاج وتصحيحها.
- التخفيف من كمية الوجبات المطلوبة من المتعالج في الجلسة الواحدة، وذلك بما يتناسب مع شدة الحالة المرضية.

### 5-3-3-3- التطبيق التجريبي الاستطلاعي للبرنامج:

لم يكن بالإمكان تطبيق البرنامج بكامله على عينة استطلاعية، وذلك لصعوبة انتقاء العينة لتنفيذ الجلسات العلاجية، لذلك تمّ تجريب التقنيات المستخدمة في البرنامج على عينة صغيرة متكونة من 4 أفراد من المتعالجين في عيادة الضياء لمرضى السكري بولاية جيجل عام 2008، لاختبار مدى موائمتها للحالات الفردية، فكان ذلك بمثابة اختبار تطويري للتقنيات والأدوات وبالتالي للبرنامج، كما تمّ تطبيق بعض التقنيات بشكل جماعي، من خلال متعالجين، ولكن ذلك لم يشجع الباحثة إلى إعادة المحاولة والتفكير بالعلاج الجماعي، أي تطبيق المعالجة علاجاً

جماعياً على أفراد عينة البحث، إذ تمتعت إحداهما عن الكلام، وربما لم تكن صادقة فيما قالتها خلال الجلسة الأولى، كما لم تأت الثانية في موعد الجلسة الثانية المحدد لهما.

- **مدة التطبيق التجريبي:** سنة تقريباً بشكل متقطع (على حسب توافر الحالات) وقد كانت هذه المدة كافية لتدريب الباحثة على فن المقابلة، وعلى خطوات العلاج المعرفي-السلوكي، وعلى تطبيق بعض التقنيات السلوكية والمعرفية على بعض المتعالجين، كما استفادت الباحثة من خبرة الأطباء النفسيين في العيادة العصبية والنفسية في التدريب على التشخيص، وعلى تنمية بعض مهارات العلاج النفسي لديها.

#### -إجراءات التطبيق الاستطلاعي التجريبي:

تمّ تطبيق محتوى البرنامج واهدافه بشكل مجزأ، ولم يكن المتعالجون على علم بتطبيق بحث عليهم.

وقد عبر المتعالجون عن ارتياح لمثل هذا الاهتمام بهم ولمتابعتهم، وإعطائهم مزيداً من الوقت للاستماع إلى شكاوهم.

#### -التغذية الراجعة للتجربة الاستطلاعية:

أدى تطبيق التجربة الاستطلاعية إلى مجموعة من التعديلات كان أهمها:

- 1- تحديد عدد الجلسات العلاجية لكل مرحلة.
- 2- الالتزام بمدة الجلسة العلاجية (ستين دقيقة تقريباً) فقد كانت كافية لتنفيذ محتوى الجلسة، إذ لوحظ رغبة لدى بعض المتعالجين بالتكلم طويلاً والانتقال من قضية إلى أخرى دون نظام أو اتساق فيما بينهما.
- 3- ضرورة الخروج عن الحدود المكانية للجلسة العلاجية في بعض الحالات وخاصة عن تطبيق تقنية مواجهة الواقع.

4- الانتباه إلى دور المعالج في الجلسة العلاجية، وعدم نسيان أن شخصاً آخر موجود معه في الغرفة له دور أيضاً.

5- تقديم الاستمارات الخاصة بالعلاج المعرفي - السلوكي ضمن دفتر خاص يعطى لكل متعالج في بداية العلاج، وذلك بدلاً عن الاستمارات المفردة.

6- ضرورة إعطاء المتعالج دوراً فعالاً في الجلسة العلاجية، حيث الدور الفعال في العلاج المعرفي ليس للمعالج فقط بل لمشاركة للمتعالج في بعض الأمر.

7- اعتمدت المرونة في تطبيق التقنيات المعرفية والسلوكية للحالات المرضية، لأنها تتعامل مع أشخاص يختلف كل واحد عن الآخر سواء بتركيبته الشخصية أم بتأثيرات المحيط فيه.

#### 5-3-4- الصورة النهائية للبرنامج:

يتألف العلاج في هذا البرنامج المصمم للمراهقين السكريين من ثلاث مراحل: مرحلة البداية والتقويم، المرحلة المتوسطة (التغيير وبناء المهارات)، المرحلة النهائية والوقاية من الانتكاس، وتتألف كل مرحلة من مرحلة أولى ومرحلة متوسطة ثم مرحلة أخيرة. (Trower et.Al, 1999, p7) كما يظهر في الجدول التالي:

**الجدول (4): يبين مراحل تطبيق البرنامج**

مرحل البرنامج	المحتوى	رقم الجلسة		
الأولى	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقصي حالة المتعالج من خلال تطبيق الأدوات اللازمة</li> <li>مقابلة، دراسة حالة، مقياس..الخ.</li> <li>- التعريف بالعلاج المعرفي.</li> <li>- التركيز على المشكلة الرئيسة.</li> </ul>	1 و 2		
المتوسطة	تعديل البنية المعرفية للمتعالج من خلال تطبيق كل من	2 إلى 13		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>التقنيات السلوكية</th> <th>التقنيات المعرفية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- جدول النشاطات.</li> <li>- نسبة الإتقان والرضا.</li> <li>- الواجبات المتدرجة.</li> <li>- التدريب على المهارات الاجتماعية.</li> <li>- التدريب على توكيد الذات وعلى الاسترخاء.</li> <li>- استخدام أسلوب الدعابة</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تحديد الأفكار التلقائية ومراقبتها.</li> <li>- تعديل الأخطاء التلقائية.</li> <li>- تحديد المخططات وتعديلها.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		التقنيات السلوكية	التقنيات المعرفية
التقنيات السلوكية	التقنيات المعرفية			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- جدول النشاطات.</li> <li>- نسبة الإتقان والرضا.</li> <li>- الواجبات المتدرجة.</li> <li>- التدريب على المهارات الاجتماعية.</li> <li>- التدريب على توكيد الذات وعلى الاسترخاء.</li> <li>- استخدام أسلوب الدعابة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحديد الأفكار التلقائية ومراقبتها.</li> <li>- تعديل الأخطاء التلقائية.</li> <li>- تحديد المخططات وتعديلها.</li> </ul>			
الأخيرة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تهيئة المتعالج لإنهاء الحاجات العلاجية.</li> <li>- بلورة الأهداف المكتسبة.</li> <li>- تأكيد أهمية اكتساب المتعالج مهارات التعامل مع المشكلات والمصاعب في المستقبل.</li> <li>- تقويم البرنامج والمتابعة.</li> <li>- مواجهة الانتكاسات بعد انتهاء العلاج.</li> </ul>	14-15		

إعداد الباحثة بالاعتماد على (Beck et al, 1979, pp309-311)

(Trower et.Al, 1999, p11) (Freeman&Lurie, 1994p1-18)

**1- المرحلة الأولى:**

خلال الجلسات الأولية يتم تفصي التاريخ السابق للمتعالج، حالة عمله للحصول على نظرة عامة عن المشاكل. ويتم الإطلاع على تاريخه النمائي والعائلي والاجتماعي والمهني والتعليمي والطبي والنفسي فقط من أجل توجيه مسار العلاج، لأن العلاج المعرفي - السلوكي يتعامل مع المشكلات الحالية. وتجمع هذه المعطيات من خلال أدوات تشخيصية كدراسة الحالة، (انظر الملحق 6)، تطبيق بعض الاستمارات والاختبارات تقارير معالجين سابقين، وفي بعض الحالات يمكن الاستعانة بأشخاص مرجعيين بالنسبة للمتعالج.

تكون هذه المعلومات أساسية في المساعدة على تطوير قائمة بمشاكل المتعالج، وتكوين مفهوم عن العلاج الأولي. كما يجمع المعالج المعطيات عن الثالوث المعرفي للمتعالج، والتشوهات، والمخططات الفعالة. (انظر سجل الأفكار المختلة وظيفياً، جدول التشوهات المعرفية، مقياس بيك)

ويمكن تطبيق مقياس بيك للاكتئاب في كل أسبوع وفي بداية الجلسة، حيث يساعد في معرفة مدى التقدم العلاجي ويعتبر أيضاً دعماً للمتعالج في إثبات صحة أو عدم صحة الافتراضات المتعلقة بالذات، والمستقبل والعالم. (Beck I, 1994, p336)

إن السؤال الحاسم للمعالج خلال البداية وطوال فترة العلاج هو: ما الذي يعزز السلوك والتفكير المختل وظيفياً ويبقى عليهما؟ (Freeman&Luriem1994p11)

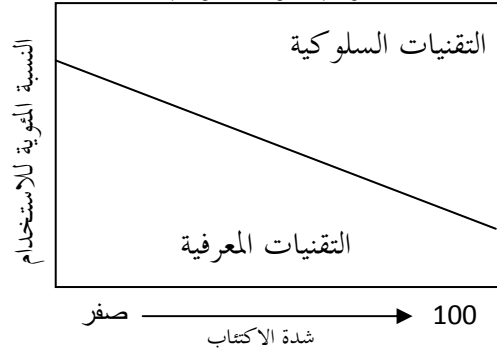
## 2- المرحلة المتوسطة:

وهي المرحلة المهمة ضمن البرنامج المقترح، حيث يتم تطبيق مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية، (انظر الأشكال 5 و 6 و 7) من أجل تعديل البنية المعرفية للمتعالج، وذلك بالاعتماد على العلاقة التفاعلية بين المعرفيات والسلوك، فالتدخلات العلاجية المعرفية ستؤثر في السلوك، وكذلك التدخلات السلوكية سوف تؤثر في المعرفيات.

ويحدد داتيليو و فريمان مقدار التدخلات السلوكية والتدخلات المعرفية وفق القاعدة المعتمدة على التجربة والتي تقول «أنه كلما زادت شدة الاكتئاب زادت التدخلات السلوكية وبالعكس كلما انخفضت شدة الاكتئاب زادت التدخلات المعرفية. (انظر الشكل 4). ويمكن

المزج بينهما وهذا يعتمد على مهارات كل من المتعالج والمعالج ومدة العلاج وأهدافه، وعلى مستوى الأداء الوظيفي لمتعالج. كما ويمكن في أحيان كثيرة استخدام العلاج بالأدوية لحالات اكتئاب شديدة». (Dattilio&Freeman,2000.p49)

#### الشكل (4): يبين استخدام التدخلات المعرفية والسلوكية



(Dattilio &Freeman, 2000.p.49)

#### 1-2 التقنيات المعرفية:

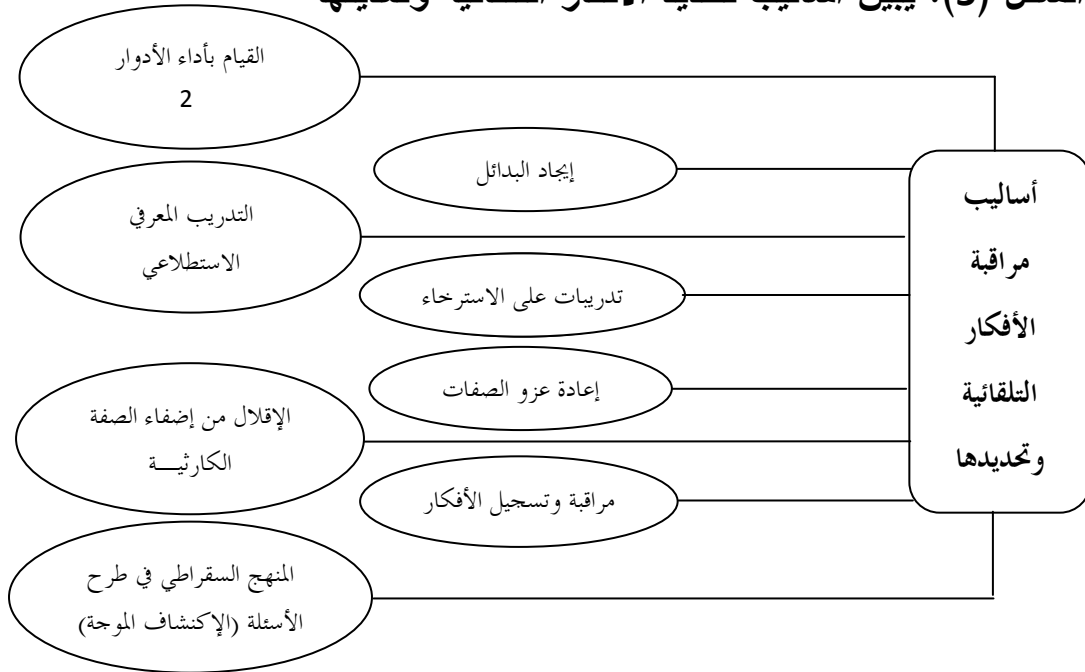
تستخدم هذه التقنيات من عملية اجترار الأفكار التي تساعد على استمرار المشكلة، وهي مهمة بالذات في بداية العلاج قبل أ يتدرب المتعالج على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وربما لا تحدث هذه التقنيات تغيرات معرفية جوهرية، ولكنها نحد من تكرار السلبية، وبالتالي تحسن مزاج المتعالج الأمر الذي يساعده على حل مشكلته (عن الجمعية، 2002: 12) من هذه التقنيات التي استخدمتها الباحثة في هذا البرنامج:

#### 2-1-1- مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها:

يكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي - السلوكي لتعرف الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية / أو المشوهة (انظر الشكل 5) وملاحظتها، وإن أقوى طريقة لتعريف المتعالج على آثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في الاستجابات الانفعالية. (أنظر الملحق 12 مثال قصة) أو يمكن أن يطلب المعالج من المتعالج أن يتذكر حادثة أو موقف من المواقف المرتبطة بتبدل مزاجه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه.



**الشكل (5): يبين أساليب تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها**



**2-1-1-1- الحوار السقراطي (Socratic Dialogue)**

ويعدم أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة (ويسمى أيضا الإكتشاف الموجه Guided Discovery) وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه بصوغ الأسئلة التي سوف تساعد المتعالج على:

1- «إقرار تعلم جديد (New Learning) وهو كالبحت العلمي يتم التركيز من خلاله على تحديد المشكلة كما يعبر عنها المتعالج بلغته هو، وبعيدا عن مصطلحات علم النفس الحديث ومفاهيمه.

2- التعرف إلى الأفكار الذهنية أو المحتوى المعرفي الذي يكمن وراء المشكلة.

3- تقويم معنى المواقف والأفكار من خلال الحوار، أي حقيقة ما يحدث للمتعالج.

4- تقويم نتائج بقاء الأفكار والمعتقدات أو السلوكيات سيئة التكيف.

بقاء الأفكار ← سلوكيات سيئة التكيف ← استمرار المشكلة

5- اكتشاف أسلوب جيد (الاكتشاف الموجه) من خلال الحوار يتيح له استنتاج أن ما يتمسك به من أفكار ومعتقدات هو أسلوب خاطئ اعتاد عليه». (منصور وآخرين، 2000: 12)

6- «تحويل أسئلة المكتئبين من أسئلة تصريحية (إن هذا يحدث لي دائما، إنني إنسان يائس) إلى أسئلة استفهامية (لماذا يحدث لي هذا دائما، لماذا لا تصيح حياتي أكثر بهجة) وذلك للتعرف إلى الأفكار المختلة وظيفيا والمسببة للاكتئاب». (Freeman&1994,p13)

### 2-1-1-2- التخيل: Imagery

يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا تجدي الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة كما محدوداً من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي مازالت موجودة. وقد يتمكن بعض المتعالجين من استخدام إجراءات التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلا أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه في حالة ، مزعجة أو تسبب انفعالا محددًا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي روادته، وغالبا ما يرى المتعالج لا معقولة أفكاره، وهو يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات إلا أن أغلب المتعالجين في المراحل الأولى من العلاج يحتاجون إلى المساعدة في إعداد المشهد لصالح التخيل كأن يطلب إليه أن يصف تفاصيل المكان والزمان، متى وأين حدث هذا الشيء؟ ما الذي حدث قبل الحادثة مباشرة؟ كيف تبدو الشخصيات الحاضرة في المشهد؟ ما أبرز صفة مادية لهذا المحيط؟ إن أسئلة كهذه كمن شأنها أن تساعد في إضفاء الصفة الحية على المشهد في ذهن المتعالج وتسهل من استدعاء الاستجابات المعرفية على هذه الحالة. (Trower et.Al,1999, p93)

### 2-1-1-3- أداء الدور: Role Playing

هو أسلوب ذو صلة أيضا في إثارة الأفكار التلقائية واستدعائها. ولكن يستخدم استخداماً أقل تكرار من المنهج السقراطي في طرح الأسئلة أو طريقة التخيل وتكون الملائمة الأمثل عندما يكون الموقف عبارة عن علاقة بينشخصية، ففي الغالب يكون أداء الدور أكثر فائدة من

التخيل، وذلك بعد الحصول على وصف وافٍ لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف. وعندها يقوم المعالج بأداء دور ذلك الشخص بينما يقوم المتعالج بدوره هو، (الجمعية، 2002: 29)، أو يمكن عكس الدور وذلك بتمثيل المتعالج دور المعالج يتضح ذلك الأسلوب من خلال المثال التالي:

«شخص دائم الانتقاد لذاته، وينعت نفسه بالغبي» حدد المعالج دوره كشخص دائم الانتقاد وطلب المتعالج أن يمارس دور المعالج لشخص يشكو الانتقاد.

**المعالجة (المتعالج):** إنني إنسان مريض فاشل، لا أتعلم، لا أتقن أي عمل، إنني غبي.

**المتعالج (المعالجة):** حسناً، إن الإنسان لا يفشل في كل شيء، ولا يستطيع أن يتعلم كل شيء، وإذا أردت التعلم فعليك بالمحاولة وأنا سأساعدك.

**المعالجة (المتعالج):** ولكنني غبي.

**المتعالج (المعالجة):** سأقترح عليك مثلاً، لو أردت أن تتعلم السباحة فماذا تفعل.

**المعالجة (المتعالج):** ولكن منظري سيكون غريباً ومضحكاً.

**المتعالج (المعالجة):** لا تهتم بالآخرين، ما دمت تريد تعلم السباحة، ولا بد عندئذ أن تسقط بالماء لتتعلم كيف ستسبح.

**المعالجة (المتعالج):** ولكن ربما أغرق.

**المتعالج (المعالجة):** لا فسأعطيك بعض التعليمات الخاصة بتعليم السباحة وما عليك سوى اتباع تعليماتي.

**المتعالج (المعالجة):** لا لا لا أستطيع.

**المعالجة (المتعالج):** إنني سوف أخرجك أمام الآخرين، وربما سأفعل شيئاً مزعجاً.

**المتعالج (المعالجة):** إن هذا سيجعلني أشعر بالفشل معك.

**المعالجة (المتعالج):** وهل هذا لأنك تعتقد بأنني لا أستطيع تعلم السباحة؟ هل تعتقد بأنني

غبي.

**المتعالج (لمعالجة):** لا، بل لأنك أنت تعتقد ذلك.

#### 2-1-1-4- الرسم الكاريكاتوري:

عندما لا يستطيع المتعالج تحديد أفكاره يتم الطلب إليه رسم شكل كاريكاتوري حزين (يعبر حالته)، ويطلب إليه صوغ بعض الأفكار التي تجعل من هذا الشكل حزيناً وكتابتها ضمن المربع (انظر الملحق 15) ويتيح مثل هذا للمتعالج بتكوين فكرة عما يزعجه بالفعل.

وتعتمد هذه الطريقة على أسلوب الإضفاء ما في ذاته على الرسم، حيث تكون الأفكار التي يضعها المتعالج في عقل الشكل الكاريكاتوري هي الأفكار التي تستولي عليه. Burns, (1999,P83)

**2-1-1-5- سجل الأفكار:** هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداماً لتحديد الأفكار التلقائية (Bech 1995) ويمكن أن يطلب من المتعالجين أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة، تسمى كل واحدة منها طبقاً لعدد الأعمدة وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج وهو إجراء يستخدم غالباً حالماً يبدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية. (انظر ملحق 20). ويطلب إلى المتعالج في هذه الحالة أن يدوّن الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج. ويمكن أن يحدد المتعالج بالتناوب بالاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية في العمود الآخر، كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضاً لكشف الأفكار التلقائية، حيث نعدّ هذه التقنية ناتجاً ثانوياً لطريقة العمود المزدوج وتبدأ بـ «إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟» وتقود إلى سلسلة من الأفكار التلقائية تكشف عن السبب الحقيقي للمشكلة. (Burns,1999,p267)

وقد وسع بيك أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفاً من خمسة أعمدة، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً Daily Record of Dysfunctional Thoughts ويرمز له اختصاراً (DRDT) حيث يتم إعطاء التعليمات للمتعالج لاستخدام هذه النموذج، ففي العمود الأول يتم

تسجيل الحدث الحالي أو ذكرى الحدث، أو الحالة. ويتم في العمود الثاني تسجيل الأفكار التلقائية وتعطى درجة الاعتقاد بها (هي الدرجة التي يعتقد المتعالج أن أفكاره هذه صحيحة في اللحظة التي حدثت فيها) بمقياس من صفر إلى مئة، ويستخدم العمود الثالث لمراقبة الاستجابة الانفعالية على الأفكار التلقائية، وتعطى شدة الانفعال درجة بمقياس واحد من مئة، ويخصص العمود الرابع للاستجارة العقلانية وهو أهم جزء في السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً، إذ يطلب إلى المتعالج أن يضع نفسه بعيداً عن أفكاره التلقائية ويقدر درجة صحتها، ومن ثم يكتب مجموعة من المعرفيات الأكثر واقعية، أما العمود الخامس في السجل فيتضمن الناتج ويستخدم لتسجيل التغيرات التي حدثت نتيجة لتدقيق الأفكار التلقائية وتعديلها.

(Trower et.al 1999, p98, 99)

وقد استخدم في البحث كلمة (سيامو) وهي الأحرف الأولى من الكلمات التالية: (السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً) بدل كلمة (DRDT) المختصرة لـ Daily Record of Dysfunctional Thoughts ويتوضح سجل الأفكار في الأمثلة التالية المأخوذة عن أفراد العينة العلاجية:

الجدول (5): يبين استخدام تقنية العمود المزدوج (1) (انظر الملحق 13)

الحدث/الموقف	الأفكار التلقائية
- تطلب والدتي إليّ المساعدة دائماً دون أخواتي	- كل ما أقوم به تعتبره والدتي غير كافٍ
- شجار دائم مع أخواتي حول الأعمال	- إن الجميع يعرفني أنني فاشلة

المنزلية

الجدول (6): يبين استخدام تقنية الأعمدة الثلاثة

الاستجابات العقلانية	التشوه	الأفكار التلقائية
إنني أشعر باليأس أحياناً، ولكن هذا لا يعني أنني شخص يائس دائماً، وإن اكتئابي سيستمر إذا بقيت أفكر بهذه الطريقة.	المنطق الانفعال، التفكير بالكل أو بالشيء، الانتقاص من المزايا الإيجابية	إنني يائس ولن تتحسن حالتني أبداً وسوف يستمر اكتئابي هذا

الجدول (7): يبين استخدام السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفياً سيامو (انظر الملحق 11)

الموقف	الأفكار التلقائية	الانفعالات	الاستجابات العقلانية	التشوه
استيقاظ مبكر، وعدم تمكني من متابعة النوم	إنني لا أستطيع تحمل أعباء هذا اليوم والأيام القادمة	حزن 70% قلق 80%	حتى وإن استيقظت اليوم منزعجاً لسبب ما فإنني قادر على الذهاب للعمل وغدا إن شاء الله سيكون أفضل وهذا يتوقف على ما أفعله اليوم	التضخيم والقفز إلى النتائج

2-1-1-6- مناقشة الحوار الداخلي: وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميكنبلوم في العلاج المعرفي، فقد ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثم سلوكه فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمتعالج ليقول لنفسه في حوار داخلي «إنني عديم القيمة» «أف إنني لست جيداً» «إنني أقل من الآخرين». وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الذات ليصل المكتئب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما توصل إلى تفضيل الموت بسبب عدم الارتياح. وبما أن المكتئب يسيء إلى نفسه،

فإنه يتحول بهذا إلى شخص غير فعال ومشلول وخائف ومنعزل عن المشاركة في مسار الحياة الطبيعية. وبسبب النتائج السلوكية والانفعالية السلبية لتفكير المتعالج السلبي فإن الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن القول لنفسه «إنني عديم القيمة، إنني... الخ. (Burns, 1991, p61) وهذا ما ذكره ميكنباوم في علاجه» أن يتدرب المتعالج على التحدث إلى ذاته بطريقة بناءة. (Meichenbaum, 1979, p207)

من أجل التغلب على هذه العادة الذهنية (الانتقاد الذاتي) لابد من تدريب المتعالج على مراقبة الأفكار التي تراود ذهنه، وتدوينها. وتمثل طريقة الأعمدة الثلاثة، الأسلوب الأفضل لذلك (انظر الملحق 18) ويتم تسجيل الأفكار التلقائية/انقاد الذات في العمود الأول والتشوهات المعرفية في العمود الأوسط، والاستجابة العقلانية/ المنطقية في العمود الثالث. كذلك يتم تنبيه المتعالج إلى أن إضفاء صفة العقلانية أو قول أشياء لا يعتقد أنها صحيحة بشكل موضوعي ليست مدعاة للبهجة، لأن كل ما يدونه في عمود الاستجابة العقلانية إن كان ليس مقتنعا بها أو ليست حقيقية فإن ذلك لن يساعده قيد أنملة، كما يحدث بورنس من استخدام المتعالج كلمات تصف ردود أفعاله الانفعالية (أشعر، أحس) ويضعها في عمود الأفكار التلقائية، بل عليه تسجيل الأفكار التي سببت له هذا الانفعال والتي ومضت في عقله قبل الانفعال، وبالسرع ذاتها التي مرت في عقله لأنها هي السبب الأساس في انزعاجه الانفعالي. (Burns, 1991, p62)

أما إذا لم يستطيع المتعالج التفكير باستجابة عقلانية على فكرة سلبية محددة يمكن أن يتناساها لبضعة أيام ثم يرجع إليها بعد ذلك وعندها عادة يمكن أن يرى الأمر من زاوية أخرى. إذا استمر المتعالج بالعمل بأسلوب الأعمدة الثلاثة لفترة خمسة عشرة دقيقة كل يوم على مدى شهر أو شهرين فسوف يجد أنه أصبح أسهل فأسهل وليس معيباً أن يقوم بسؤال الآخرين كيف كانوا سيجيبون على فكرة مزعجة إذا لم يتمكن من تحديد الاستجابة العقلانية الملائمة لوحده. (Burns, 1991, p64)

## 2-1-2- تعديل الأفكار التلقائية:

ليس هناك عادة فصل تام في العلاج المعرفي-السلوكي بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها. ففي الواقع إن العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية غالباً ما تكون كافية للبدء

بالتغيير الحقيقي. وذلك بعد تطوير مهارات المراقبة الذاتية لأفكاره من خلال قيامه بالواجبات المنزلية. (عن الجمعية، 2002: 17) وعلى الرغم من أن المتعالجين يمكنهم البدء بمراجعة التشوهات المعرفية وتصحيحها دون تدخل علاجي إضافي محدد، فإنه يمكن التعجيل بعملية تعديل الأفكار التلقائية عندما يطبق المعالج المنهج السقراطي في طرح الأسئلة والأساليب المستخدمة في مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها (انظر الشكل 5).

(Wright, 1988,p560) وأضافت الباحثة بعض الأساليب الأخرى مثل التفكير بتدرجات الرمادي وطريقة دلالات الألفاظ وجدت أهميتها من خلال الدراسة الاستطلاعية الأولى للبحث.

**2-1-2 -1- إيجاد البدائل:** يرى العديد من الأفراد أنفسهم وكأنهم قد فقدوا كل الخيارات. ولعل المثال الأبرز على الافتقار إلى الخيارات في المتعالجين الذين يقدمون على الانتحار. أنهم يرون الخيارات والبدائل المتوافرة لهم محدودة جداً لدرجة أنهم قد يرون أن الموت هو الخيار الأسهل والأبسط. والتكتيك المعرفي هنا يتضمن العمل سوية مع المتعالج لإيجاد بدائل أخرى. (Beck et al, 1979,p159) ويتضح ذلك في حالة «سيدة لديها شعور كبير بالذنب»

**المتعاجة:** عندما أفكر بأنني مريض أشعر بالخوف الشديد.

**المعالجة:** عندما تفكرين بأنك مريضة ما هي الأفكار التي تجول بذهنك؟

**المتعاجة:** بأنني يجب أن أبقى في المنزل ، إنني أستحق ذلك، أستحق ألا أخرج أبداً من المنزل.

**المتعاجة:** إنني أشعر بالحزن الشديد.

**المعالجة:** وماذا يمكن أن يحدث أيضاً شيء أكثر سوءاً من هذا. هل هناك احتمالات أخرى؟

**المتعاجة:** أكثر سوءاً، لا أعتقد أن هناك شيئاً أكثر سوءاً من أنني مريضة.

**المعالجة:** دعينا نلقي نظرة على العلاقة الترابطية وهي إذا التزمت بوجودك بالبيت سترتاحين نفسياً، هل هذا يعني أنك لن تخرجي من البيت أبداً؟



**المتعاجة:** ربما

**المتعاجة:** أظن أن هناك احتمالات أخرى دعينا نلقي نظرة عليها.

**المتعاجة:** أظن أنه من الصعب إيجاد بدائل أخرى غير البقاء في المنزل.

**المتعاجة:** ربما هناك احتمالات أخرى، فهذا يعتمد على ما تودين القيام به وعلى مدى استجابتك لأفكارك التلقائية تلك.

**2-2-1-2- تفحص الدليل:** هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي- السلوكي. فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والمتعالج بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته ، خاصة وأن المتعالج غالباً ما يقدم دليلاً يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلاً معلومات أخرى رئيسية، ومركزاً على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلفة. وعند ذلك يسأل المتعالج «ما الدليل على هذه الفكرة؟» لأننا غالباً عندما نشعر بأننا لسنا على ما يرام فإننا نعتقد بأن الأشياء سيئة دون التدقيق في الحقائق والتأكد منها وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف. ( Burns, 1999,p100) ويتضح ذلك في حالة متعاجة يسيطر عليها الاعتقاد التالي: « إن الجميع يعرفني أنني إنسانة فاشلة».

**المتعاجة:** هل تعتقدين بأنك إنسانة فاشلة حقاً؟

**المتعاجة:** نعم فاشلة ومريضة.

**المتعاجة:** ولكنك متعلمة.

**المتعاجة:** نعم، وددت لو تابعت دراستي.

**المتعاجة:** إنك ستتزوجين مبكراً وتكونين زوجة صالحة، وأما حنونة كما ذكرت لي من قبل.

**المتعاجة:** نعم.

**المتعاجة:** إذاً هناك أشياء تفعليها جيدة؟

المتعاجة: ربما.

المعالجة: بل المؤكد بأنك إنسانة مثل الآخرين تخطئين وتصيبن حاولي أن تركزي على السلوكيات الصحيحة، وانطلقي منها لتصحيح بعض السلوكيات الخاطئة، من منطلق احترام الذات، وليس من منطلق الانتقاد الدائم لذاتك.

2-1-2-3- الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية: وتسمى بأسلوب افتراضي «ماذا لو what if» ويساعد هذا الأسلوب المتعالج على التقويم بنفسه فيما إذا كان يباليغ في تقدير الصفة الكارثية للحدث أو للفكرة، وفيه يسأل المتعالجون أسئلة سلبية مثل «ماذا لو لم أستطع» «ماذا لو رسبت» فلا يعطون وقتاً لأسئلة مشابهة حرفياً ولكن بشكل إيجابي مثل: «ماذا لو نجحت» «ماذا لو استطعت» إنهم يبحثون عن إجابة، أو عن وجهات نظر بديلة بشكل مثالي (Newman, 2000,p139) ويظهر ذلك واضحاً في الحوار التالي لأحد المتعالجين.

المتعاجة: ماذا لو مرضت (سؤال سلبي)

المعالجة: ماذا لو شفيت (سؤال إيجابي)

المتعاجة: لكنني أعلم أنني سأبقى مريضة

المعالجة: وإذا كنت مريضة فما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث لك؟

إن هذا الأسلوب يمكن أن يكون فعالاً حتى لو كان هنالك احتمال قوي بأن التنبؤ السلبي سيحدث فعلاً، لأنه يشجع المواجهة الناجحة للمصاعب وحل المشكلات باتجاه الواقعية.

ويمكن أن تستخدم أيضاً أسلوباً معاكساً للإقلال من الصفة الكارثية، وهو أسلوب (التناقض/المفارقة) Paradox وفيه يتم إعطاء الفكرة حدها المناقص الذي تمكنه من مواجهة معتقدات المتعالج، (Dattilio&Freeman,2000,p52) ولكن يجب الحذر في توقيف استخدامه خاصة مع المتعالجين ذوي الحساسية العالية للانتقاد أو السخرية، إذ يظنون أن المعالج يستخف بهم وبمشكلاتهم.

**2-1-2-4- إعادة عزو الصفات:** عادة ما تكون الصفات المنسوبة إلى أحداث الحياة في حالة الاكتئاب مشوهة في الاتجاه السلبي إذ يقوم المكتئبون بلوم أنفسهم على أحداث الحياة غير المؤتية، وإعطاء معنى عام للحوادث المحددة وغير المتوقعة، ويعتقدون أن الحالة السلبية ستدوم إلى ما لانهاية. وقد وجد أن التشوهات السلبية لدى المكتئبين تكمن في العزو الداخلي الذي يقود الفرد إلى انخفاض في تقدير ذاته كالعبرة الشائعة بين المتعالجين «هذا ما جنيته على نفسي» وعلى الرغم من أن المرء لا يستطيع أن ينفي هذا تماماً، إلا أنه من غير المرجح أن يكون شخصاً واحداً بمفرده مسؤولاً عن كل خلل يحدث في علاقة ما، لذلك يكون التدخل العلاجي هنا في إعادة توزيع المسؤولية بين كل الأطراف ذات الصلة بالأزمة. ( Beck et.Al, 1979, p157) ويتضح ذلك في المثال التالي:

**المتعاجة:** لقد ارتكبت خطأ كبيراً.

**المتعاجة:** وما هو هذا الخطأ؟

**المتعاجة:** لقد امتنعت عن شرب دوائي، لقد كان قراراً سيئاً.

**المتعاجة:** إنني أحس بشعورك هذا، ولكن أخبرني كيف حصل ذلك.

**المتعاجة:** لقد سمعت أقاويل كثيرة، عن عدم فعالية الدواء.

**المتعاجة:** ولماذا تعتبره قراراً سيئاً؟

**المتعاجة:** لأنني لم أدع مجالاً لِنفسي للتفكير.

**المتعاجة:** وهل كانت هذه المعلومات كافية لاتخاذك هذا القرار؟

**المتعاجة:** نعم، ليس تماماً.

**المتعاجة:** أقدر وضعك ولكن يجب أن تتكلم مع طبيبك.

**المتعاجة:** يقولون أنني سأموت يوماً ما .

**المعالجة:** وهل تحققت من هذه الأفاويل مع طبيبك ؟

**المتعالجة:** لا فانشغالي بالمشكلات الأخرى أنساني التحقق من ذلك.

**المعالجة:** وبماذا تشعر الآن؟

**المتعالجة:** أشعر أنني مخطئ.

**المعالجة:** وهل لا زلت تشعر بالذنب؟

**المتعالجة:** نعم

**المعالجة:** دعنا نوزّع المسؤولية، إن قرارك هذا لم يكن خطأك فقط....

ويتم توظيف أنواع عديدة ومختلفة من إجراءات عزو الصفات وتتضمن: التثقيف حول عملية عزو الصفات، المنهج السقراطي في طرح الأسئلة لحث إعادة عزو الصفات، التمارين الكتابية لتمييز الصفات البديلة وتعزيزها، تعيين الواجبات المنزلية للاختبار دقة عزو الصفات.

(Dattilio&Freeman, 2000, p50)

**2-1-2-5- التدريب المعرفي الاستطلاعي:** وتستخدم للمساعدة في الكشف مسبقاً عن الأفكار التلقائية السلبية، وفي تدريب المتعالج على تطوير معرفيات أكثر تكيفاً وملاءمة. يكون ذلك بطلب من المتعالج أن يستخدم الأفكار البديلة في وضع مشكلي جديد، ويراقب انفعالاته المترافقة مع هذا السلوك الجديد، ويساعد ذلك على تحديد العقبات المحتملة (المعرفية والسلوكية) التي ستعيقه في تنفيذها في المستقبل. وتعتبر الجلسة العلاجية المكان المثالي للتدريب على العديد من السلوكيات إذ يقوم المتعالج بدور المدرس والموجه الذي يقدم تغذية راجعة مباشرة على الأداء مقدماً الاقتراحات المحسنة للسلوك الجديد، ويمكن استخدام تقنية أداء الدور لتحقيق ذلك.

(Trower et.al, 1999, p92)

**2-1-2-6- التفكير بتدرجات الرمادي: The Survey Method**

تقوم هذه الطريقة على تحفيز المتعالج على التفكير المتعدد وعدم الاقتصار على (إما...أو..أسود أو أبيض)؟: كان يقول المتعالج «إنني إنسان فاشل، لا أفعل شيئاً صحيحاً على الإطلاق، إنني مجرد خاسر» على المعالج توضيح أفكار المتعالج المتطرفة والمشوهة والتي غالباً ما تؤدي إلى القلق والاكتئاب. بأن يقيم المتعالج الأشياء ضمن مجال من صفر إلى مئة. لأن الأشياء غالباً ما تكون ما بين الصفر، والمئة بدلاً من الإصرار على أنها إما بهذا الشكل أذاك. وعندما لا تنتهي الأشياء بشكل جيد كما كان يأمل، يمكن أن يقول لنفسه: «إنني فاشل بمقدار محدد، إنني أفعل أشياء صحيحة وأشياء غير صحيحة: إنني خسرت إلى حد ما» (Burns, 1999,p104)

ويتضح هذا في حالة «طفلة تعاني من تدن في تقدير الذات لدرجة كره الذات»

**المعالجة:** بماذا تشعرين الآن؟

**المتعالجة:** اشعر أن أملتي بنفسني قد خاب

**المعالجة:** ماذا تقصدين بذلك؟

**المتعالجة:** إنني لم أحقق شيئاً مفيداً في حياتي.

**المعالجة:** أرجو أن تحددني لي أكثر، ولنبدأ على صعيدك الأسري.

**المتعالجة:** جيدة

**المعالجة:** وماذا على صعيدك الشخصي.؟

**المتعالجة:** لقد وصلت إلى السنة الثانية متوسط.

**المعالجة:** إنك متعلمة وصالحة ألا ترين معي أن هذا يتناقض مع قولك أنك لم تحققي شيئاً في حياتك.

**المتعالجة:** أقصد أنني أطمح إلى أن أحصل على الأفضل دائماً في كل شيء ، فأنا مريضة.

**المعالجة:** دعيني أضع لك مقياساً من الصفر إلى المئة وسأطلب إليك تحديد نسبة مئوية لما حققته في حياتك.

**المتعاجة:** تقريبا 60%

**المعالجة:** يبدو أن وضعك أفضل بكثير من الكثيرات على ما أظن.

**المتعاجة:** ولكن غيري أفضل مني بكثير. ما هو موقعي بينهم؟ كيف ينظرون إلي؟

**المعالجة:** إن الشيء الأهم هو ما تفكرين أنت بنفسك بوصفك إنسانة غير كاملة لها عيوبها وأخطاؤها.

لقد اكتشفت في نهاية الجلسة أنه ليس لزاماً عليها أن تحصل على 100% وتكون مثالية فلكل إنسان نواقصه وظروفه، فتعلمت قبول واقعها وسمح لها هذا الاستبصار بالاعتراف بخطأ تفكيرها دون أن تكره نفسها.

## 2-1-7- طريقة دلالات الألفاظ (الينبغيات) The Semantic Method

يغلب عند بعض المتعالجين أن يسود نمط من التفكير بالينبغات، وتعتبر طريقة دلالات الألفاظ طريقة فعالة لمقاومة عبارات بالينبغات هذه فبدلاً من أن يقول المتعالج لنفسه عندما يكون منزعجاً «يجب أن أفعل هذا» أو «كان يجب ألا أرتكب ذلك» يقول «ويتم تدريب المتعالج على أن يستخدم طريقة دلالات الألفاظ للرد على كل فكرة سلبية تدور في رأسه وذلك باستبداله مفردات لغوية تعطي انطباعاً أقل انفعالا وأقل إزعاجاً على المتعالج. مثل عبارات «سيكون لطيفاً لو...» «كان من الأفضل لو أنني لم أرتكب ذلك الخطأ...» (Burns,1999,p109) ويتضح ذلك في حالة «أني عصبية دائماً»

**المتعاجة:** دائماً أقول لنفسي يجب أن أهدأ، يجب أن لا أكون عصبية.

**المعالجة:** ما رأيك لو استبدلت هذه الكلمات يجب، والمفروض، ..... بكلمات مثل «سيكون جيداً لو أنني خفضت من توترتي.» «كان من الأفضل أن أكون هادئة في التعامل مع أفراد عائلتي»

**المتعاجة:** وما الفرق في ذلك.

**المعالجة:** سأوضح لك، إن هذا التغيير اللفظي سيغير الطابع الانفعالي للمشكلة بحيث تبدين أقل إزعاجاً، أود أن تركزي على أهدافك وليس على إصدار الأوامر لنفسك.

**المتعاجة:** وهل للكلمة هذا التأثير؟

**المعالجة:** نعم، فعندما تطالبن نفسك بمطالب صارمة أي بعبارات يجب، ينبغي، من المفروض، فإنك ستقومين أكثر لأنك ستشعرين بالتمرد. أما عندما تغيرين الألفاظ سيبدو هذا حكماً أقل وبالتالي أقل إزعاجاً وسيساعدك ذلك على التوقف عن توبيخ نفسك.

وقد لاحظت الباحثة في الجلسات اللاحقة أن هذه الطريقة ساعدت المتعاجة على التوقف عن توبيخ نفسها وعن رغبتها في الوصول إلى الكمال.

### 2-1-3- تحديد المخططات وتعديلها: (Identifyin and Modifying Schemata)

إن عملية تحديد المخططات وتعديلها هي أصعب إلى حد ما من تغيير الأفكار التلقائية السلبية لأن هذه المعتقدات الجوهرية الأساسية مضمورة أكثر وربما أبعد بكثير عن وعي المتعالج وتكون قد تعززت عادة عبر سنوات من التجارب الحياتية (أنظر الملحق 23 الافتراضات التي تؤدي إلى الاكتئاب). ويمكن للعديد من الأساليب ذاتها التي تم ذكرها في تعديل الأفكار التلقائية أن توظف توظيفاً ناجحاً في العمل العلاجي على مستوى المخططات مثل: إجراءات المنهج السقراطي في طرح الأسئلة والتخيل وأداء الأدوار وتسجيل الأفكار

للكشف عن المخططات ذات التكيف السيئ (انظر الشكل 6). وحينما يكتسب المتعالج الخبرة في تمييز الأفكار التلقائية، تبدأ أنماط متكررة بالظهور مما قد يوحي بجوهر المخططات الأساسية، وارتباطها مع الأفكار التلقائية. وهنا يمكن أن يستخدم المعالج طريقة التثقيف النفسي لشرح مفهوم المخططات (قد تسمى المعتقدات المحورية Core Beliefs أو الافتراضات الأساسية Basic Assumption)، ومن ثم قد يبدأ المتعالجون بتمييز المخططات من تلقاء ذاتهم. ولكن، عندما يبدأ المتعالج باكتشاف هذه الافتراضات الأساسية فقد يحتاج المعالج إلى الاقتراح بأن مخططات محددة قد تكون فعالة ومؤثرة وبالتالي يشرك المتعالج في تمارين مشتركة لاختبار هذه الفرضيات. قد يتطلب تعديل المخططات اهتماماً متكرراً داخل جلسات العلاج وخارجها. وإحدى الإجراءات المستخدمة استخداماً شائعاً هو الطلب من المتعالج الاحتفاظ بقائمة في دفتر خاص بالعلاج عن كل المخططات التي حددت حتى تاريخه. ويمكن مراجعة قائمة المخططات قبل كل جلسة.

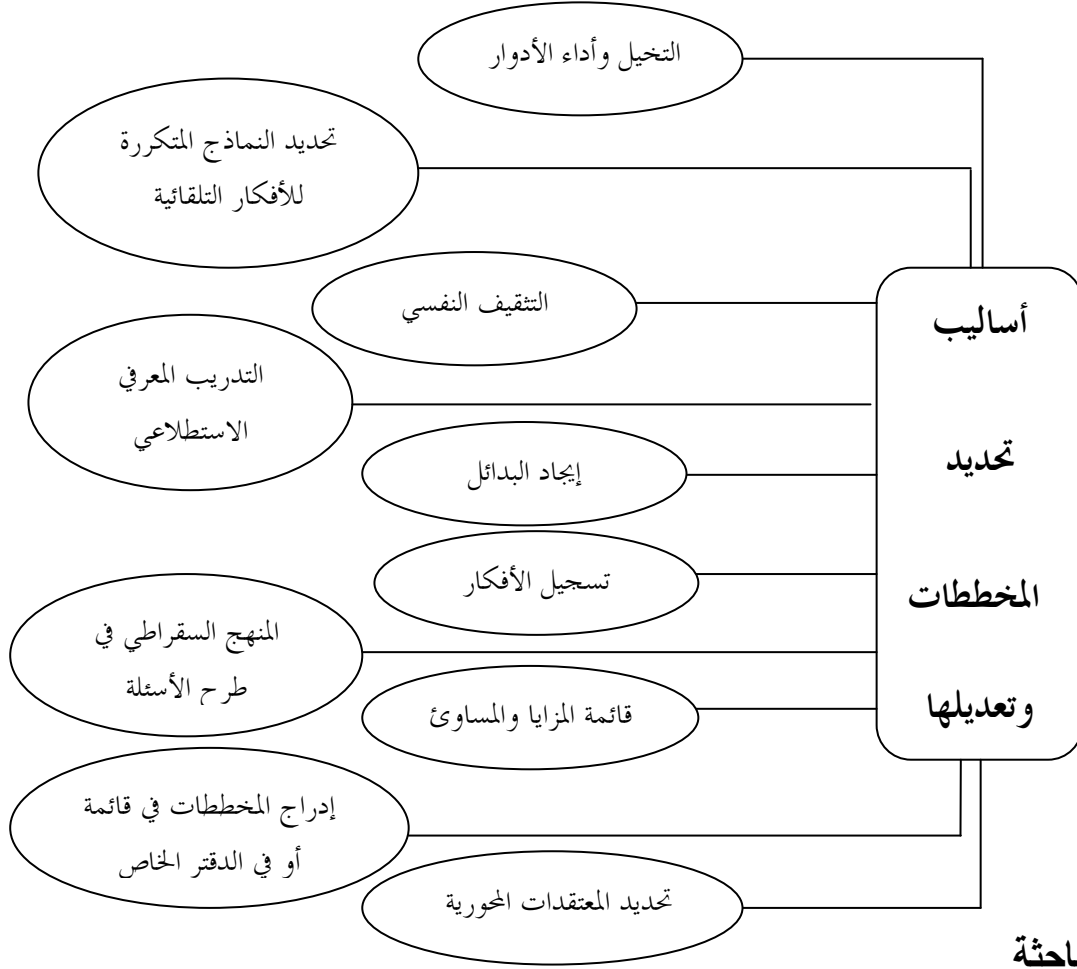
(Beck et.al, 1979,pp252-255) (Burns,1999,p123)(منصور وآخرين، 2000: 6)

وتتضمن تدخلات العلاج المعرفي المفيدة بشكل خاص في تعديل المخططات في هذا البحث ما يلي:

تفحص الدليل (الدليل المؤيد والدليل المعارض) وإعداد قائمة بالمزايا، والسيئات، وإيجاد البدائل، والتدريب المعرفي، والسهم العمودي.



الشكل (6): يبين تحديد المخططات وتعديلها



**2-1-3-1- تفحص الدليل:** ويستخدم هنا كما في تعديل الأفكار التلقائية، إذ يهدف إلى حث المتعالج على الشك بصحة المخططات والبدء بالتفكير بتفسيرات بديلة. ويتضح ذلك في حالة فتاة تعاني من الاعتقاد التالي «يجب أن أكون جميلة وجذابة ونحيلة لأكون سعيدة ومقبولة في المجتمع».

**الجدول (8): تعديل المخططات من خلال تقنية تفحص الدليل**

الدليل المعارض	الدليل المؤيد
- النساء المريضات الأخريات لهن أيضا جاذبية	- النساء الغير مريضات يكن أكثر جاذبية للرجال وأكثر قبولا في المجتمع
- لا يتوجب علي أن أكون جميلة وغير مريضة و لكي أحصل على ما أريد.	- يحصلن على ما يردن
- بعض النساء مقبولات في المجتمع رغم أنهن لسن جميلات ومريضات	- حتى أكون جميلة دائما يجب أن أصرف كل ما لذي من مال على الطعام الخاص للرجيم وأدوات الماكياج والعطور

كذلك نجد تعديل المخططات لهذه الحالة، ومن خلال تقنية إيجاد البدائل بالشكل التالي:

**جدول (9): يبين تعديل المخططات من خلال تقنية إيجاد البدائل**

البدائل
- إن النساء الناجحات والمقبولات في المجتمع لسن بالضرورة جميلات وغير مريضات أو جذابات.
- إنني جديرة بالاحترام والقبول بالرغم من أنني مريضة- الاحترام والقبول ينبعان من داخل الإنسان وليس من شكله.

ويلاحظ من الجدول السابق وجود عدة بدائل تتراوح من تعديلات بسيطة في المخطط إلى تعديلات عميقة. (الاحترام ينبع من داخل الإنسان وليس من شكله).

«يستخدم المعالج المنهج السقراطي في طرح الأسئلة والأساليب الأخرى للعلاج المعرفي- السلوكي مثل التخيل وأداء الأدوار لمساعدة المتعالج في تمييز المخططات البديلة الكامنة.

وتشجع طريقة «عصف الدماغ Brainstorming» على ذلك، فبدلاً من محاولة التيقن أن المخططات التي تمت مراجعتها المعدلة دون الاعتبار الأولي لصحتها أو خصوصيتها. وهذا يحرض على الإبداع والابتكار ويعطي المتعالج تشجيعاً إضافياً للابتعاد عن المخططات الصارمة الثابتة.»

بعد إيجاد البدائل ومناقشتها يتحول العلاج نحو تفحص النتائج المتوقعة لتغيير الاتجاهات الأساسية. ويمكن استخدام التدريب المعرفي الاستطلاعي في جلسة العلاج لاختبار تعديل المخططات، وقد يتبع هذا تعيين الواجب المنزلي لتطبيق المخططات المنقحة والمعدلة بالتجربة الواقعية. (Burns, 1999,p114) (Hales et al, 1999, p1219)

## 2-3-1-2 - المزايا والمساوئ:

«يختلف أسلوب تحليل المزايا والمساوئ عن الأساليب المعرفية الأخرى، لأنه يتعامل مع الأفكار السلبية للمتعالج من منظور التحريض أكثر من الحقيقة. وغالباً ما يؤدي ذلك إلى الشك بصحة المخططات، وإيجاد تفسيرات بديلة لهذه الأفكار السلبية بأن يطلب المعالج من المتعالج إعداد قائمة بالمزايا والمساوئ» (انظر الملحق 23). ويظهر هذا واضحاً في المثال التالي في تعديل الاعتقاد التالي لأحد المتعالجين «يجب أن أحصل على الاستحسان من جميع من حولي حتى أكون سعيداً» (Dattilio and Freeman,2000,p40)

### الجدول (10): يبين تعديل المخططات من خلال تقنية مزايا/مساوئ

المساوئ (الأضرار)	المزايا
- إذا لم يعبر الناس عن استحسانهم فسيكون شعوري شيئاً.	- الحصول على الاستحسان يجعلني أشعر بالسعادة.
- الناس سيتحكمون في شعوري واحترامي لذاتي.	- سأعمل وأجهد نفسي للحصول على الاستحسان.
- ربما لن يحترمني الناس إذا بقيت تابعاً لهم.	

ويلاحظ من الجدول السابق أن عدد المساوئ أكثر من عدد المزايا، وهذا ما حرض المتعالج على تعديل اعتقاده السابق ليصبح أكثر تكيفاً وأقل ضرراً.

## 2-2- التقنيات السلوكية:

يتمثل الهدف من استخدام التقنيات السلوكية ضمن نسق العلاج لمعرفي - السلوكي في:

أ- استخدام أساليب واستراتيجيات سلوكية مباشرة لاختبار التصرفات والأفكار المختلفة وظيفياً مثل (العجز، العزلة، الملل، الكسل... الخ)، وذلك من خلال جعل المتعالج يجرب السلوك الذي ما دام يخشاه، يتجنبه، مما يتيح التحدي المباشر للأفكار القديمة (انظر الشكل 7).

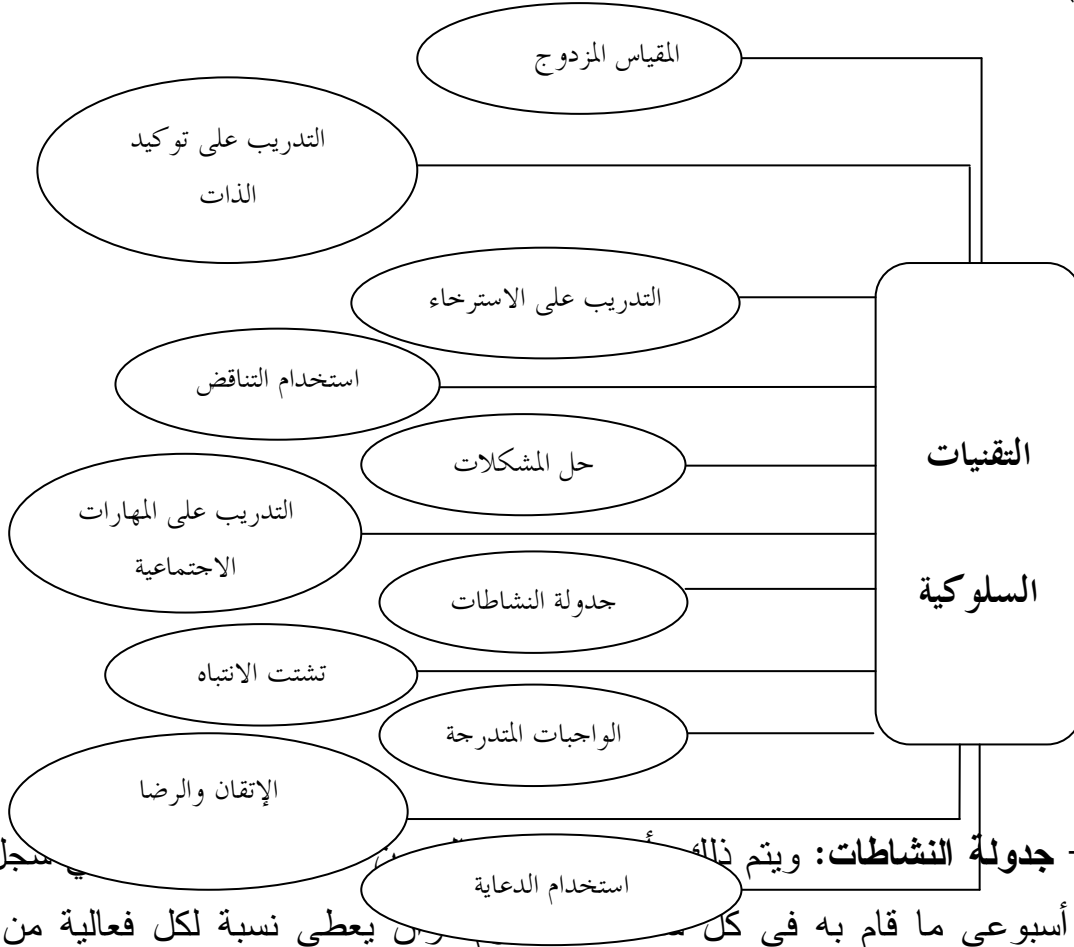
ب- المساعدة في تحديد المعرفيات سيئة التكيف وتعديلها. (انظر الشكل 4)

ت- التخفيف من حدة الأعراض المزعجة (مثل: التوتر، القلق الجسماني والنفسي، الأفكار الاقترامية).

التدريب على السلوكات الجديدة في المنزل، ويمكن البدء بسلوكات معينة في غرفة العلاج ومن ثم يتم تطبيقها في المنزل». (Freeman and Lurie, 1994, p12)

هـ- رفع مستوى مشاركة المتعالج الفعلية في النشاطات التي تعدل من مزاجه. (عن الجمعية، 2002: 14) وفيما يلي جدول يضم الأساليب السلوكية المستخدمة في البحث:

الشكل (7): يبين التقنيات السلوكية



**2-2-1- جدول النشاطات:** ويتم ذلك عن طريق تسجيل أداء يومي أو أسبوعي ما قام به في كل يوم من أيام الأسبوع يعطى نسبة لكل فعالية من حيث الإتقان والرضا بمقياس من صفر إلى عشرة، (انظر الملحق 14) حينما يقدم سجل النشاط لأول مرة، يطلب من المتعالج عادة أن يعد سجلاً للنشاطات الأساسية دون محاولة إجراء أي تغيير وتتم مراجعة المعطيات في جلسة العلاج التالية. (Beck et.al, 1979, p121)

**2-2-2- نسبة الإتقان والرضا:** ويتم ذلك بأن يطلب المعالج من المتعالج تسجيل درجة الإتقان والرضا على الاستمارة بمقياس مؤلف من خمس أو عشر درجات لكل منها، وهذا ما يساعد المتعالج على دفع نحو إدراك النجاحات الجزئية والدرجات القليلة من المتعة. (Burns,1999,p148).

ويتوضح ذلك في المثال التالي:

**المتعالج:** لم اعد أستمتع بأي شيء في حياتي نتيجة مرضي.

**المعالجة:** دعني أرى جدول نشاطك عن الأسبوع الماضي، أرى أنه كان مليئاً، فقد قمت بعدة نشاطات (حضور حفلة موسيقية، زيارة أصدقائك القدامى، تسوق وشراء حاجات).

**المتعالج:** نعم.

**المعالجة:** وهل كنت سعيداً بالقيام بهذه النشاطات.

**المتعالج:** نعم، قليلاً

**المعالجة:** هل تستطيع تحديد نسبة استمتاعك بالقيام بها.

**المتعالج:** تقريباً 60 %

**المعالجة:** هذا يعني أنك مازلت قادراً على القيام ببعض النشاطات الممتعة، ألا ترى معي أن، هذا يناقض ما قلته في أنك لم تعد تستمتع بأي شيء.

**المتعالج:** نعم ولكن ليس الكل فبعضها روتيني تماماً، ولا يشعرني بالمتعة، إنه مجرد واجب.

**المعالجة:** ولكن بعضها الآخر كان ممتعاً لك.

**المعالجة:** دعنا نركز على النشاطات الممتعة، ونكثر منها. لذلك أجو أن تحدد لي بعض النشاطات التي كنت سابقاً تتمتع بها.

**المتعالج:** التنزه، الرياضة، المسرح، السهر مع الأصدقاء وسماع الموسيقى.

**المعالجة:** سنضع معاً جدولاً بالنشاطات التي نكرتها، وأرجو منك أن تقوم بها خلال الأسبوع القادم.

**2-2-3- المقياس المزدوج:** تساعد هذه التقنية في رؤية تفكير المتعالج من منظار مختلف، كما تكشف عن عدم واقعية أفكاره. فالإنسان غالباً ما يضع لنفسه مقاييس عالية، غير مشجعة

تشعره بالخربة بالانسحاب والإقرار بالعجز. عكس ما يضعه للآخرين من تسهيلات مساندة.  
(Trower et.al, 1999, p89)

ويتضح هذا الأسلوب من خلال إحدى المتعاليات إذ تقول:

«أشعر بالذنب دائماً وأستحق العقاب»

**المعالجة:** أود أن أسألك، لو أن صديقة لك لديها مشكلة مماثلة لمشكلتك هل ستقولين لها ماقلته لنفسك، أي أنك تستحقين العقاب؟

**المعالجة:** لا

**المعالجة:** ربما ستقولين؟

**المعالجة:** ربما سأفهم وضعها أو أساعدها على حل مشكلتها.

**المعالجة:** لماذا إذن لا تكونين عوناً لنفسك بطريقة مماثلة لصديقتك صاحبة المشكلة المماثلة لك.

**المعالجة:** لا أستطيع

**المعالجة:** هل تعرفين السبب؟

**المعالجة:** لا

**المعالجة:** لأنك تطالبين نفسك بأكثر مما تحتملين.

**المعالجة:** ماذا تقصدين بذلك؟

**المعالجة:** أي تفرضين أن لك المقدرة الكلية على التحكم بنفسك، والسيطرة على جسديك.

**المعالجة:** أعطني مثلاً عما لو سمحت.

**المتعاجة:** إنني أسجن نفسي في غرفتي، ولا أكل إلا قليلاً، ولا أخرج أحياناً من البيت لمدة أسبوع تقريباً أو أكثر.

**المعالجة:** أي تعاقبين نفسك.

**المتعاجة:** لا بل أنفذ العقاب.

**المعالجة:** نعود لصديقتك صاحبة المشكلة المماثلة لمشكلتك، لماذا لا تطالبينها بسجن نفسها لأنها تستحق ذلك.

**المتعاجة:** لا أستطيع.

**المعالجة:** لماذا؟

**المتعاجة:** لأنه طلب غير معقول أن تسجن نفسها ولا تخرج أبداً.

**المعالجة:** هذا صحيح، فهذا طلب غير واقعي وغير منطقي فلماذا لا تعاملين نفسك بالمقياس ذاته؟

**المتعاجة:** الآن فهمت، تريدني مني أن أعامل نفسي والآخرين بالمقياس ذاته.

**2-2-4- المهام المتدرجة:** وتستخدم هذه التقنية عندما يواجه المتعالج عملاً يبدو له صعباً، ويتم ذلك بتجزئة الهدف السلوكي إلى خطوات صغيرة متتابعة، يمكن تنفيذها خطوة واحدة في كل مرة وصولاً إلى الهدف المرجو. (Beck, 1979, p132)

ويستخدم تعيين الواجبات المتدرجة مع الأشخاص المكتئبين على نحو نموذجي كأسلوب لحل المشكلات. ويمكن لهذه الطريقة التدريجية فضلاً عن الأساليب المعرفية مثل أسلوب طرح الأسئلة السقراطي وتسجيل الأفكار أن تجدد نشاط المتعالج وتركز طاقته بصورة منتجة، وبالتالي ترفع من مزاجه (الجمعية، 2002: 14).

ويتضح ذلك في المثال التالي:



**المعالجة:** سأقترح عليك طريقة أعتقد أنها ستساعدك في عمالك إنك تودين تعلم اللغة الإنكليزية والتحدث بطلاقة أليس كذلك؟

**المتعاجة:** نعم

**المعالجة:** حاولي تقسيم العمل إلى خطوات صغيرة يمكن إنجازها في وقت قصير كل مرة وهذا سيجعل تعلمك يبدو سهلاً.

**المتعاجة:** لا أعتقد ذلك.

**المعالجة:** حسناً دعيني أشرح لك الأمر بطريقة أخرى.

**المتعاجة:** كيف.

**المعالجة:** حاولي تخصيص وقت كل يوم لإنجاز خطوة ما ولنفرض عشرين دقيقة.

**المتعاجة:** ولكنه وقت غير كافٍ لأتعلم.

**المعالجة:** أعلم ذلك ولكن ابدئي بفعل ذلك. وحينما ينتهي الوقت المحدد (20 دقيقة) لأحد يمنعك من العمل 20 دقيقة أخرى.

لأنه حينما تنهكين في العمل وتحسين بالإنجاز فإن ذلك سوق يقلل لديك من مشاعر التوتر ويزيدك إصراراً على فعل المزيد نتيجة شعورك بعدم التوتر.

**المتعاجة:** ولكن ربما لن أستطيع زيادة الوقت المخصص لهذا الجزء مثلاً.

**المعالجة:** حسناً لا تكوني ملزمة بالعمل أكثر من وقت محدد، أو إنجاز خطوة محددة، وكل شيء يزيد على ذلك فهو أفضل ولكن أريد منك أن تكافئي نفسك كلما أنجزت ما خططت له أي كلما أنجزت خطوة قولي لنفسك إنك فعلت اليوم ما خططت له وهذا بحد ذاته إنجاز.

**2-2-5- التدريب على المهارات الاجتماعية:**

إذا كان اختبار الواقع مهماً، وكان بعض المتعالجين يفتقرون إلى مهارات محددة فإن من واجب المعالج مساعدة هؤلاء المتعالجين على اكتساب هذه المهارات، والتي قد تبدأ من إلقاء التحية بالشكل المرغوب حتى التدريب على مهارات الحوار والتواصل. (Dattilo&Freeman, 2000, p53)

**2-2-6- التدريب على توكيد الذات:**

وتتفع هذه التقنية مع المتعالجين المكتئبين والقلقين، وذلك بالتركيز على التعبير عن مشاعرهم، وآرائهم تعبيراً مباشراً وبأسلوب مقبول اجتماعياً. (Trower et.al, 1999, p95)

وتساعد التوكيدية على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح عندما يدخل الإنسان في علاقات اجتماعية مع الآخرين، فلا يكون ضحية لموقف خاطئ من صنع الآخرين، ودوافعهم في مثل هذه المواقف (إبراهيم، 1994: 293)

**2-2-7- تشتت الانتباه (الإلهاء):** يعتبر الإلهاء مهارة إزاحة وليس منهجاً لتغيير التفكير غير الواقعي، لذلك هو من النشاطات البديلة (مثل الاستماع إلى المذياع، الاستماع إلى الفكاهات، حل كلمات منقطة، لعبة رياضية، تسلية ما) التي يمكنها بشكل مؤقت أن تلهي المتعالج عن الأفكار الاقتحامية أو التأملات الاكتئابية أو أية معرفيات أخرى مختلة وظيفياً. (Torwer et .Al, 1999, p.92)

**2-2-8- استخدام الدعابة (Humor)** ويتم ذلك عن طريق المغالاة فيما يقوله المتعالج إلى درجة مضحكة، أو تمرير فكاهة، أو تعليقات فكاهية

(الجمعية، 2002: 25). وتم استخدام هذه التقنية في هذا البرنامج مع بعض المتعالجين، بالرغم من اعتبارها وسيلة لهو أكثر منها وسيلة لمواجهة المشكلة.

**2-2-9- مواجهة الواقع:** هنالك أحيان لا بد من توسيع بعض التدريبات السلوكية إلى خارج غرفة العلاج. وبإمكان المعالج هنا أن يذهب مع المتعالج إلى موقع الحالات التي يخشاها.

فيمكن الذهاب مثلا إلى مطعم أو أن يذهب معه إلى موقع تسوق يخشاه. إن التعرض للحياة العملية يمكن أن يربط بين التدريب داخل المكتب وخارجه وبين الواجب المنزلي والتجربة المخبرية. (Dattillio Freeman, 2000, p.54). وقد قامت الباحثة بتطبيق لهذه التقنية على إحدى الحالات (الذهاب إلى مطعم صغير أو الحديقة برفقة إحدى المتعالجات) وقد أسفر ذلك عن تحسن في العلاقات البينشخصية للمتعالجة، إذ ارتبط التدريب داخل المشفى وخارجه، وبين الواجب المنزلي والتجربة الواقعية الحية.

### 2-2-10- التدريب على الاسترخاء:

ويتم ذلك بتعليم المتعالج تمارينات الاسترخاء خلال الجلسة العلاجية، أو طاءه شريطا مسجلا صوتيا مناسباً له يمكنه من ممارسة هذه التدريبات لوحده.

**2-2-11- حل المشكلات:** تفيد هذه التقنية المتعالجين الذين يفتقرون لمهارات في حل مشكلاتهم، عن طريق تعليمهم سلسلة من الخطوات تساعد على المضي في التفكير في المشكلات والحلول. ولمساعدتهم على التأقلم مع مشكلاتهم بطريقة بناءة أكثر ويمكن أن يشرح المعالج للمتعالج حل المشكلات (أنظر الملحق 26) (Torwer et .al, 1999, p.95).

### 3- المرحلة الأخيرة:

من الجلسة الأولى يؤكد المعالج للمتعالج الطبيعة القصيرة الأمد لعلاج المعرفي، وبأنه لن يبقى مع المتعالج بجلسات غير محددة العدد. وبما أن الهدف من العلاج المعرفي ليس الشفاء التام بل اكتساب المتعالجين مهارات المواجهة الفعالة للمشكلات والمصاعب. فإن المعالج لا يخطط لعلاج لا نهاية له، بل يكون هدفه هو مساعدة المتعالجين في اكتساب مجموعة من استراتيجيات المواجهة الناجحة لصعوبات الحياة وضرورتها الحاضرة والمستقبلية، لأن فترة العلاج هي الفترة التدريبية التي يتعلم من خلالها المتعالج هذه الاستراتيجيات. (Dattillio Freeman, 2000, p.7) فالعلاج المعرفي - السلوكي يساعد في حل جزء من مشكلات الإنسان، ويبقى الأهم هو أن يعرف كيف يتعامل مع كل مشكلاته في المستقبل.

وتبدأ عملية الإنهاء عندما تتخفض الأعراض الاكتئابية انخفاضاً ملحوظاً، من خلال استخدام أدوات القياس (مقياس بيك أو استمارة التقويم الذاتي، أو أي مقياس آخر)، ومن ملاحظات المعالج ومن تقويم الأشخاص المهمين للمعالج.

ويكون الإنهاء تدريجياً بحيث تتناقص الجلسات من مرتين في الأسبوع إلى مرة واحدة كل أسبوع، إلى مرة كل أسبوعين، ثم تتابع بشكل شهري، ثم كل ثلاثة أشهر، ثم كل ستة أشهر، حتى يتم تعزيز المكاسب التي حصلت من خلال العلاج ونقرب عندها من الشفاء. ( Burns, 1991, p.15 )

وقد يحدث انتكاسات خلال المعالجة في الحالات الآتية:

1- عندما لا يحدث تناقض ملحوظ في الأعراض ويتفقم الاكتئاب محدثاً شعوراً بفقدان الأمل ولا جدوى من العلاج، مما يثير الرغبة للمعالج بالانسحاب وعدم متابعة الجلسات العلاجية، أو أن يتمتع عن تأدية الواجبات المنزلية، أي عندما لا يكون المتعالج متعاوناً (انظر الملحق 32).

2- عندما يشعر المتعالج أنه بحاجة إلى إرشاد مستمر للتخفيف من حدة أعراضه ولمواجهة مشكلاته

على المتعالج أن يتوقع الانتكاسات في أثناء العلاج أو بعده، وهي أقل في العلاج المعرفي السلوكي عنها في العلاجات الأخرى. إن التدبير الناجح للانتكاس ربما يكون أفضل طريقة لتحسين المتعالج ضد انتكاس خطير يتلو إيقاف العلاج، وهنا تأتي أهمية المتابعة والتأكيد للمتعالج بأن معظم المتعالجين لا يبدون تحسناً على خط مستقيم خلال فترة العلاج، فالكثير منهم يظهرون تقلبات متكررة في مستوى اكتئابهم خاصة خلال الأسابيع الأولى من العلاج بينما متعالجين آخرين ربما يبدون اشتداداً ملحوظاً للأعراض، بعد أن أخذوا فترة من التحسن بوضوح. (Beck et.al.1979, p324)

## 4-5- عرض للجلسات العلاجية:

يعد العلاج المعرفي - السلوكي نموذجا للعلاج قصير الأمد يتكون بشكل عام من 12-20 جلسة في فترة زمنية لا تزيد على 20 أسبوعا، ويتوقف طول فترة العلاج، وتكرار عدد الجلسات، وطول مدتها، على المشاكل التي يتم العمل عليها لكل حالة فردية، وعلى مهارة المعالج، واستجابة المتعالج، والوقت المتاح للمعالج، والوضع المالي للمتعالج. ( Dattillio Freeman, 2000, p.7) ؛ أي إنها أمور قابلة للتفاوض. والاتفاق عليها مع المتعالج.

وفي هذا البرنامج حددت الباحثة الجلسات بخمس عشرة جلسة علاجية تقريبا (انظر الجدول 16) على مدى أحد عشر أسبوعا بمعدل جلستين في الأسبوع لمدة 4 أسابيع، ومن جلسة واحدة أسبوعا لمدة 7 أسابيع، ومدة كل جلسة ستين دقيقة موزعة كما يلي:

- ربع وقت الجلسة تقريبا لمناقشة ردود الفعل تجاه الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي والصعوبات إن وجدت وقراءة جدول أعمال الجلسة الحالية.
  - نصف الوقت تقريبا يخصص للعمل على المشكلة المطروحة من قبل المتعالج وتعليمه بعض التقنيات المعرفية أو السلوكية، حسب طبيعة المشكلة.
  - ربع الوقت تقريبا المتبقي يخصص لتحديد الواجب وتلخيص النقاط الرئيسية في الجلسة.
- ويبين الجدول التالي عدد الجلسات العلاجية مع ذكر هدف كل جلسة.

## الجدول (11): يبين هدف الجلسات العلاجية التي أجرتها الباحثة

خلال الفترة الواقعة من 7 200 إلى /2008

رقم الجلسة	الهدف
1	إقامة علاقة ودية مع المتعالج، ومعاينة الأعراض المرضية.
2	البدء بالعمل على مشكلة المتعالج، معاينة مستوى النشاط، مراقبة الأفكار.
3	مواجهة أحد الأعراض الاكتئابية (تدني تقدير الذات).
4	مواجهة الملل والعجز، متابعة مراقبة الأفكار.
5	تحديد المعتقدات/ المخططات، إيجاد البدائل.
6 و 7	تعلم طرائق تفكير جديدة.
8 و 9	تعديل المخططات.
10	مواجهة الشعور بالذنب.
11	مواجهة الكسل ومشاعر الفشل.
12	مواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال.
13	مواجهة مشاعر اليأس والميول الانتحارية.
14	تدريب وإعادة تطبيق بعض التقنيات، التقليل من مشاكل الإنهاء.
15	الإنهاء الفعلي، الوقاية من الانتكاس.

إعداد الباحثة

وقد صمم هذا البرنامج لأغراض تجريبية، ولا يعد تدريباً ضليعاً في العلاج المعرفي - السلوكي لأن مثل هذا التدريب يحتاج سنوات من الدراسة العملية والنظرية.

كما تم تنفيذ كل هذه الإجراءات باستخدام صيغة المخاطب بدلاً من صيغة المتكلم لسهولة قيام شخص آخر بتنفيذ البرنامج.

وفيما يلي عرض لجدول التقنيات المعرفية والسلوكية التي استخدمت في البرنامج مع توضيح لأهداف كل منها، وكذلك الأسئلة التي استخدمت لتنفيذ التغذية الراجعة للمتعالجين، والأهداف العلاجية لكل جلسة.

**الجدول رقم (12): يبين كيفية استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية وأسئلتها والهدف**

**منهما**

الهدف	الأسئلة	التقنية
التعرف إلى الأفكار التلقائية	ما الأشياء التي تبدو لك أنها تحرق الاكتئاب لديك؟ ماذا يمكن أن يعني ذلك؟ ما دليلنا على أن ذلك صحيح؟	الحوار السقراطي
التمييز بين أفكار المتعالج الخاصة والأحداث الفعلية. فهم العلاقة بين الانفعال والتفكير والسلوك.	ما هي الأفكار التي تراودك عندما تشعر بالانزعاج؟ ألا تلاحظ معي أن انفعالاتك تنشأ من الطريقة التي تنتظر فيها إلى الأشياء؟	مراقبة الأفكار
الكشف عن المعارف المختلفة وظيفية عندما لا تجدي الأسئلة المباشرة.	كيف يمكن أن تصف لي مكان الحدث وزملائه؟ أين حدث هذا الشيء؟ ما ابرز صفة مادية لهذا المحيط؟	التخيل

<p>استدعاء الأفكار التلقائية تبيان وجهات نظر بديلة</p>	<p>دعنا نتبادل الأدوار، ولنرى رأيك لو كنت أنت المعالج في هذه المشكلة.</p>	<p>أداء الدور</p>
<p>استدعاء الأفكار السلبية</p>	<p>ما الذي يجعل هذا الشكل يبدو حزينا؟</p>	<p>الرسم الكاريكاتوري</p>
<p>إدراك العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك تعديل الأفكار المختلة وظيفيا.</p>	<p>صف لي الحدث الفعلي المؤدي بك إلى هذا الانفعال. وحدد لي درجة تأثيره عليك. دون الأفكار التلقائية المرافقة لانفعالاتك. حدد التشوهات الموجودة في كل فكرة تلقائية اكتب الاستجابة العقلانية على الفكرة التلقائية.</p>	<p>سجل الأفكار (سيامو) DrADT</p>
<p>تحديد الأفكار التلقائية والاستجابات العقلانية.</p>	<p>أريد منك تسجيل الأفكار التي تراودك لحظة شعورك الاكتئاب، واصفا لي الحالة أو الحدث الذي أثار هذا الشعور.</p>	<p>العمود المزدوج</p>
<p>الرفع من تدني تقدير الذات</p>	<p>إنك تفسر الأحداث بسلسلة من الأفكار التي تتدفق داخل عقلك (وهذا يسمى الحوار الداخلي). أطلب إليك أن تتوقف عن قول "إنني عديم القيمة" "إنني أقل من الآخرين"</p>	<p>الحوار الداخلي</p>



<p>تعديل الأفكار التلقائية</p> <p>تعديل المخططات</p>	<p>ما هي الاحتمالات الأخرى؟</p> <p>هذا أحد التفسيرات ولكن أتساءل إذا كان هنالك تفسيرات؟</p>	<p>إيجاد البدائل</p>
<p>اختبار الفرضيات</p> <p>اختبار مدى التعاون بين المعالج والمتعالج</p>	<p>ما الدليل على صحة هذه الفكرة؟</p> <p>هل أنت فعلا واثق حينما تصر على...</p>	<p>تفحص الدليل</p>
<p>التقييم الذاتي لمدى المبالغة في تقدير الطبيعة الكارثية للحالة.</p> <p>يشجع على مواجهة المشكلات والبحث عن أدوات جديدة لم يكن المتعالج يستخدمها سابقا.</p>	<p>ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟</p> <p>لو حدث هذا فعلا فما الرهيب في ذلك؟</p>	<p>الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية "ماذا لو"</p>
<p>الإقلال من لوم الذات على أحداث الحياة غير المؤتية.</p> <p>زيادة الموضوعية.</p>	<p>يبدو أنك تحمل نفسك خطأ كل حدث أو خلل يحدث في علاقة ما.</p> <p>إن هذا لم يكن خطوك أنت</p> <p>لقد أصبحت بعد أن وزعت مسؤولية الخطأ بشكل موضوعي.</p>	<p>إعادة عزو الصفات</p>
<p>تحديد الأفكار التلقائية والاستجابات العلائقية والتشوهات المعرفية.</p>	<p>ما هي الأفكار التي ومضت في عقلك أثناء الحادث؟</p> <p>حدد أخطاء التفكير في كل فكرة تلقائية.</p> <p>دون استجابات المنطقية والعقلانية على هذه الأفكار.</p>	<p>الأعمدة الثلاثة</p>

<p>التحفيز على التفكير المتعدد وعدم الاقتصار على إما أو</p>	<p>تخيل نفسك في المكان...أذكر لي ما ستفعله هناك، ما العقبات التي تتوقع أن تواجهها.</p>	<p>التدرب المعرفي الاستطلاعي</p>
<p>تعديل دلالات الألفاظ "يجب ينبغي" بعبارات "سيكون لطيفا" استبدال المفردات بلغة أقل انفعالا.</p>	<p>من الذي يقول بأنه يجب علي، يتوجب علي... إنك تفترض أن لديك القدرة المطلقة على التحكم بنفسك وبالأخرين بالتزامك بعبارات يجب وينبغي لتحقيق كل أهدافك إنك أنت الذي تضع قواعدك الشخصية.</p>	<p>دلالات الألفاظ "الينبغيات"</p>
<p>المساعدة على إبطال فقدان المتعالج للدافعية وإبطال عدم النشاط وانشغاله بالأفكار الباعثة على الاكتئاب.</p>	<p>ما الذي لديك لتخسره عن طريق المحاولة.</p>	<p>الواجب المنزلي</p>
<p>تحديد الافتراضات الخاطئة. اكتشاف المزاي الوهمية للافتراضات تعديل المخططات مواجهة الكمالية.</p>	<p>ما هي إيجابيات وسلبيات تمسك بهذه المخططات على نفسك؟</p>	<p>المزاي والمساوي</p>
<p>الاستفادة من الوقت زيادة المزاج الإيجابي تصميم استراتيجيات التغيير مراقبة القيام بالنشاط وليس جوته أو كميته.</p>	<p>اكتب ما تود فعله كل يوم سجل ما قمت به فعليا خلال اليوم.</p>	<p>جدولة النشاطات</p>

<p>اكتشاف النشاطات التي تجلب المتعة والإقلال من النشاطات التي تجلب القلق والاكتئاب</p> <p>التركيز على ما ينجز وليس على ما لا ينجز في الوضع الحالي.</p>	<p>استخدم النسبة المئوية للنشاطات التي تشعرك بالإتقان والرضا.</p>	<p>الإتقان والرضا</p>
<p>المساعدة على التحرك نحو المواقع المتوسطة وعدم التطرف يمينا أو يسارا.</p> <p>تقديم مقاييس متعادلة مع الآخرين.</p>	<p>إنك ترى الأشياء على خط منفصل إما أبيض أو اسود. استخدم مقياسا على خط متصل للأشياء وستدهش لأن هناك نقطة تقع في الوسط.</p>	<p>القياس</p>
<p>الوصول إلى الهدف المرجو بالتقدم خطوة وتحت تأثير أقل للضغوط.</p> <p>تصحيح المعلومات المتعلقة بعدم القدرة على الإنجاز.</p>	<p>هل تعتقد أن تتبؤك كان صحيحا؟</p> <p>ألا تعتقد بأن هذه السلسلة من الخطوات تشجعك على الاقتراب من الهدف.</p>	<p>الواجبات المتدرجة</p>
<p>تعلم مهارات جديدة.</p>	<p>إن تدرييك على هذه المهارة يساعدك على تجنب العزلة وزيادة التفاعل الاجتماعي.</p>	<p>التدريب على المهارات لاجتماعية</p>
<p>القضاء على القلق الاجتماعي المرافق للاكتئاب.</p> <p>التعرف إلى المعرفيات السلبية التي تتدخل في السلوك التوكيدي.</p>		<p>التدريب على توكيد الذات</p>

<p>الإقلال من التوتر والقلق المصاحبين للاكتئاب المقنع خاصة.</p>	<p>أود منك التدرّب اليومي على بعض التمارين المذكورة في هذا الشريط، ثم سجل لي شعورك بعد قيامك بهذه التدريبات.</p>	<p>الاسترخاء</p>
<p>تحرير بنية المعتقدات دون مواجهة المعتقد الخاص مباشرة.</p>	<p>يطرح نقطة مبالغ فيها ومتعلقة بمشكلة المتعالج.</p>	<p>استخدام الدعابة</p>
<p>إعطاء الفكرة حدها الأقصى الانتقال إلى حالة مركزية أكثر لمواجهة المعتقدات.</p>	<p>لنمط الموضوع حجما أكبر مما تتصور بكثير ماذا سيحدث عندئذ؟</p>	<p>أسلوب التناقض</p>
<p>إجراء تعديلات على عدد من العوامل المساعدة على استمرار المشكلة. مواجهة المشكلة بدلا من الهروب. تأكيد أهمية القهم المتبادل من قبل المعالج والمتعالج.</p>		<p>التلخيص</p>

تم إعداده بالاعتماد على المراجع التالية: (Beck et. al, 1979) (Dattillio Freeman, ) (2000, (Torwer et .al, 1999) (Burns, 1991,)

الجدول رقم (13): يبين استخدام التغذية الراجعة للتقنيات المعرفية والسلوكية<sup>1</sup>

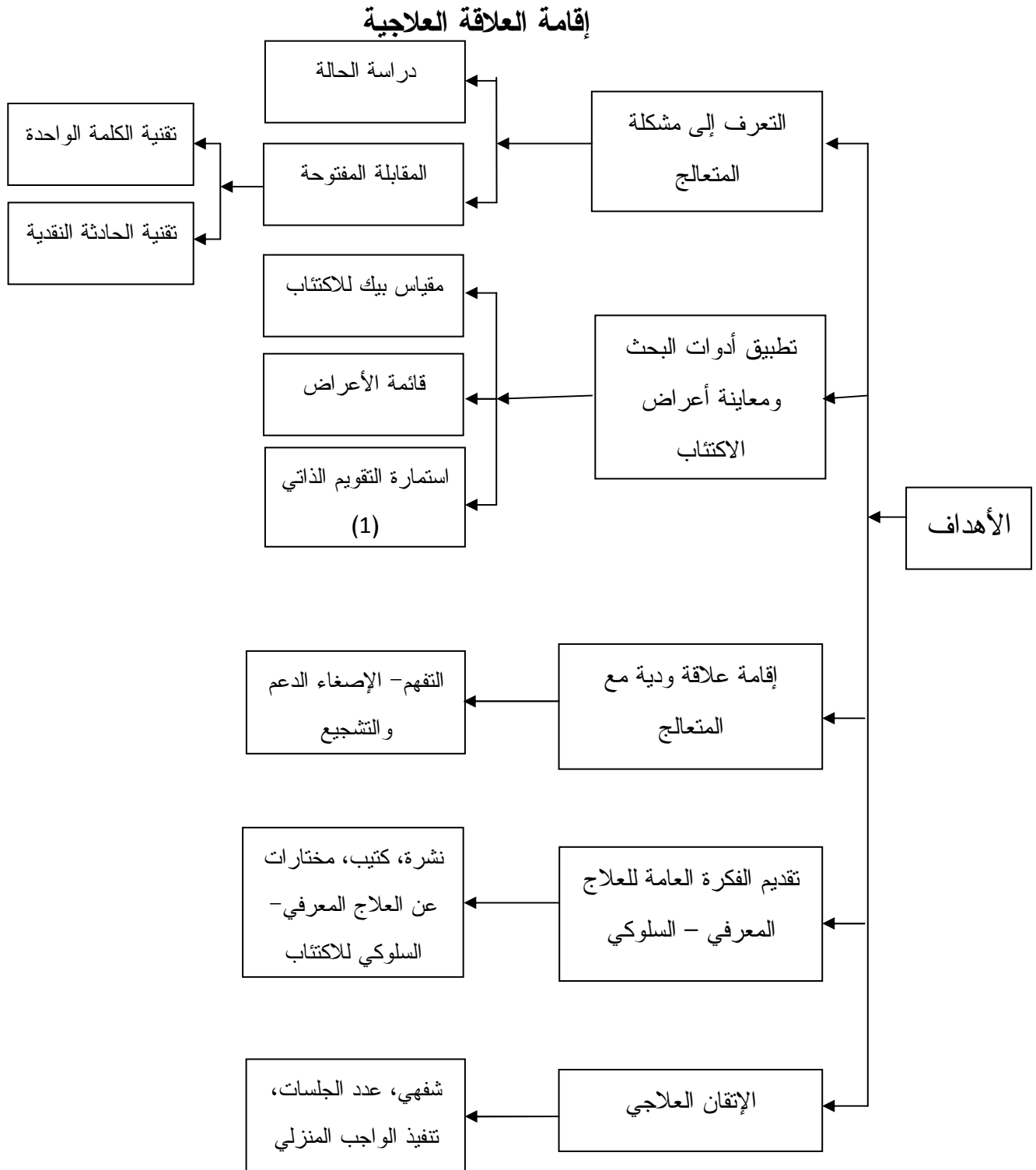
التقنية	الأسئلة
مراقبة الأفكار التلقائية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت عملية مراقبة الأفكار التلقائية</li> <li>- كيف طورت مهاراتك في المراقبة الذاتي لأفكارك</li> <li>- كيف استطعت إيجاد الصلة بين أفكارك ومشاعرك</li> <li>- ماذا وجدت بين الطريقة التي تفكر بها ومشاعرك وسلوكك</li> <li>- كيف وجدت الأثر الذي يتركه تدوين الأفكار التلقائية على مزاجك.</li> </ul>
الواجب المنزلي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت الواجب؟</li> <li>- ماذا فهمت من قيامك بالواجب المنزلي؟</li> <li>- كيف وجدت شعورك بعد القيام بالواجب؟</li> </ul>
النشاطات	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف استطعت القيام بنشاطات هذا الأسبوع؟</li> <li>- كيف استطعت إدراك العلاقة بين النشاط والمزاج؟</li> <li>- كيف شعرت بالقدرة على التحكم في أمور حياتك؟</li> </ul>
الحوار السقراطي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ماذا وجدت في الأسلوب (الحوار) الذي اتبعته في الجلسة السابقة وعلاقته بأفكارك السلبية؟</li> </ul>
التخيل	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف استطعت استخدام التخيل لاستنباط المزيد من الأفكار التلقائية؟</li> </ul>
العمود المزدوج	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف استطعت تمييز الأفكار التلقائية عن الاستجابة الانفعالية؟ .</li> </ul>
إيجاد البدائل	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت التفكير خارج حدود المشكلة؟</li> <li>- كيف استطعت استنباط مزيد من الخيارات؟</li> <li>- كيف اخترت البدائل؟</li> </ul>

<sup>1</sup>- تم إعداد الجدول بالاعتماد على الدراسة التطويرية للباحثة، وقد استبعدت الأسئلة التي تبدأ بـ هل لأن الإجابة عنها ستكون نعم أو لا من قبل المتعالج.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك؟</li> <li>- كيف استطعت تقدير درجة صحة أفكارك التلقائية؟</li> </ul>	<p>السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا (سيامو)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف استطعت التحكم والسيطرة على أعراضك؟</li> <li>- كيف ستتعامل مع المشكلات والظروف الصعبة في المستقبل؟</li> </ul>	<p>التدريب على المهارات الاجتماعية</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف استطعت تحديد الافتراضات الخاطئة لديك؟</li> <li>- ماذا أفادتك استمارة مزايا ومساوئ؟</li> </ul>	<p>المزايا والمساوئ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف استطعت إدراك العلاقة بين التفكير غير المنطقي وتدني قيمة ذلك؟</li> <li>- كيف استطعت التوقف عن الإصغاء إلى الصوت الداخلي الناقد؟</li> </ul>	<p>الحوار الداخلي</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت القيام بالمهمة الصعبة عبر تقسيمها إلى مهمات صغيرة سهلة؟</li> <li>- كيف وجدت قدرتك على الانجاز؟</li> </ul>	<p>الواجبات المتدرجة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت أثر النشاطات الممتعة عليك؟</li> <li>- كيف استطعت تحديد درجة الرضا لك نشاط؟</li> </ul>	<p>الإتقان والرضا</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف وجدت مقاييسك الجديدة مع نفسك ومع الآخرين؟</li> </ul>	<p>القياس</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- كيف أدركت العلاقة بين التفكير والمشاعر؟</li> <li>- كيف لاحظت أن التعديل في تفكيرك يمكن أن يؤدي إلى تغيير في مزاجك؟</li> </ul>	<p>شرح نظرية أ- ب- ج</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ماذا وجدت في عبارات "ينبغي، يجب..." وتأثيرها في سلوكك؟</li> <li>- كيف استطعت تعديل مفرداتك اللغوية؟</li> </ul>	<p>"الينبغيات"</p>

التدريب على توكيد الذات	- كيف استطعت مواجهة ذاتك؟
أداء الدور	- كيف وجدت جهات نظر غيرك البديلة عن وجهة نظرك؟ .
التدرب المعرفي الاستطلاعي	- كيف اكتشفت الصعوبات في تنفيذ المهام؟
الأعمدة الثلاثة	- كيف وجدت علاقاتك الشخصية بعد تطبيق الواجب؟ - كيف أصبحت أكثر موضوعية؟
المقياس المزدوج	- كيف وضعت لنفسك معايير؟ - كيف استطعت تشجيع نفسك؟
التلخيص	- كيف وجدتني أفهمك؟

الشكل (08) يبين سير الجلسة العلاجية<sup>1</sup> رقم -1-



<sup>1</sup>- هذا المخطط وغيره من المخططات العلاجية اللاحقة من إعداد الباحث.



## الجلسة الأولى:

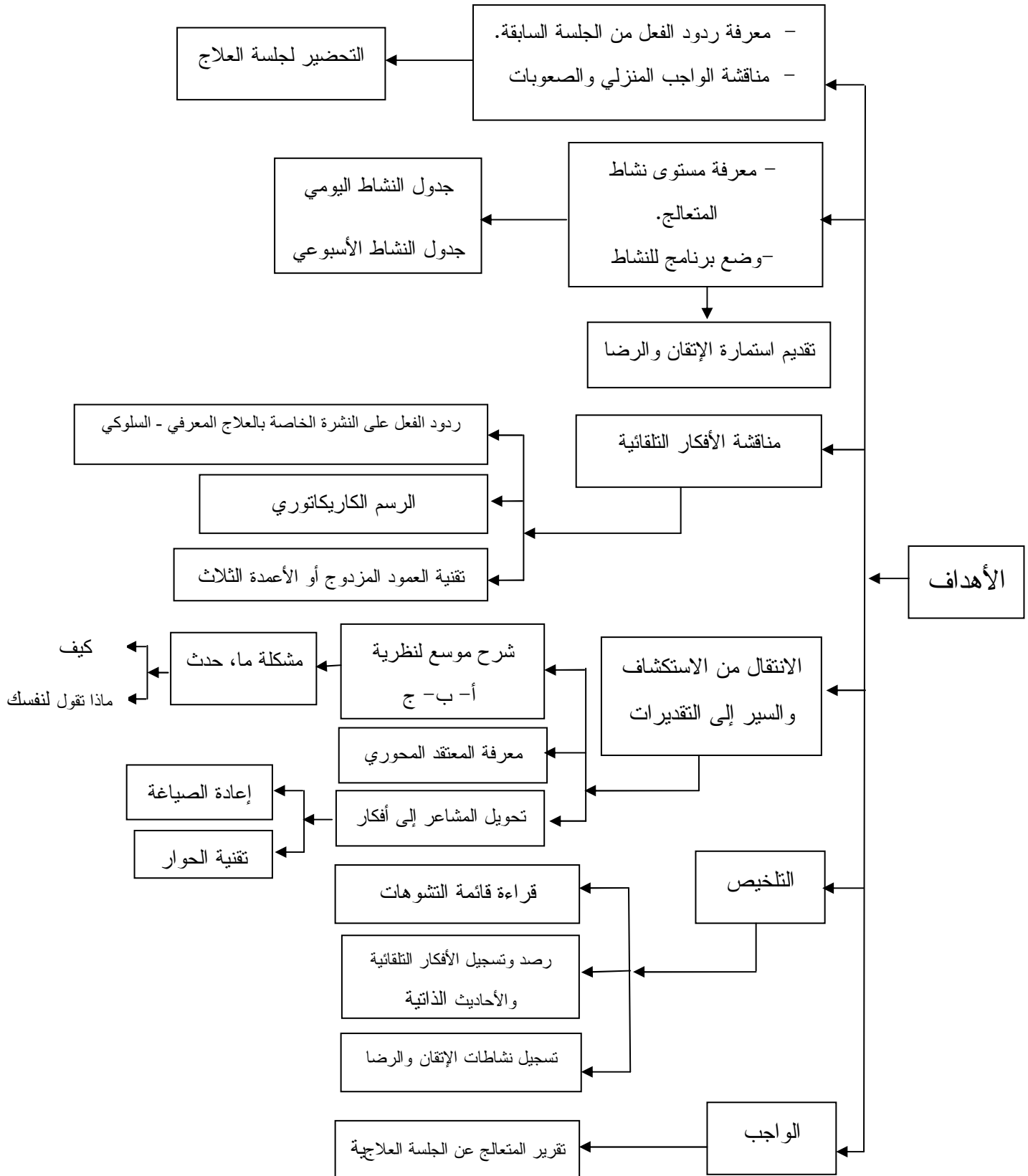
## الأهداف:

- رحب بالمتعالج بطريقة ودية.
- قدم نفسك بإيجاز، معطيا اسمك ووصفك المهني.
- إذا بدا المتعالج متوترا، قلقا، فإن هذا يستدعي البدء بحديث صغير مع المتعالج خارج نطاق الجلسة العلاجية (مثلا عن الطقس، مجيئه على العيادة، تسجيل بعض التفاصيل عنه...الخ).
- اسأل المتعالج ما الذي يتوقعه من العلاج، وإذا كان ضروريا اشرح بإيجاز هدف العلاج وكيف أنها تهدف إلى المساعدة لحل مشاكله. ويمكن استخدام حالات مشابهة أو أمثلة إذا وجدت ذلك ضروريا.
- إذا أرسلت للمعالج دراسة الحالة مسبقا أي قبل رؤية المتعالج فادعه لمناقشتها، أو اترك هذا البند إلى نهاية الجلسة الأولى أو إلى بداية الجلسة الثانية إذا أصر المتعالج على إخبار قصته بنفسه.
- اسأل المتعالج إذا كان لديه أي قلق أو مخاوف تخص مجيئه للعلاج. أعط المتعالج حالة من الطمأنينة أو تعهد له بأن تعطيه جوابا خلال فترة الجلسة. ويمكن أن يؤجل هذا البند إلى الجلسة الثانية.
- يقوم المعالج بالاستكشاف والسبر وذلك بأن يعطي المتعالج دعوة مفتوحة ليتكلم عن نفسه وعالمه ومصاعبه، ويتم الحصول على المعلومات من المتعالج عن طريق المقابلة المفتوحة أي الاستقصاء الحر غير المقيد وذلك بهدف: أ- إعطاء فرصة أكثر للمتعالج ليتكلم عن مشكلته بأسلوبه الخاص وعندها يكون المعالج قادرا على فهم وجهة نظر المتعالج أكثر.
- ب- عندما يشعر المتعالج بأنه مفهوم فهما أكثر فإن هذا يساعد على تقوية العلاقة بينهما ومن ثم يكون المعالج قادرا على ضبط المتعالج. ج- يكون المعالج أكثر قدرة على تكييف العلاج المعرفي - السلوكي، وفق حاجات المتعالج النوعية وذلك من خلال فهمه لنفسه وعالمه ومشكلاته، مما يؤسس نموذجا يأخذ فيه المتعالج دورا فعالا في العلاج المعرفي - السلوكي بدلا من الدور السلبي.

- عندما يبدأ المتعالج بالتحدث، فإنه يتوجب على المعالج تسهيل الأمر له باستخدام مهارات إصغائية أساسية غير انتقائية تشجيعا له، وبعد انتهاء المتعالج يمكن للمعالج أن يطرح أسئلة معينة أو يلخص بطريقته الخاصة.
- في حالة المتعالجين الذين لا يستطيعون البدء بالكلام أو بقوا خارج المشكلة يمكن استخدام تقنيات أخرى على نحو "أ- تقنية" الكلمة الوحيدة "Single Word Technique" وفيها يسأل المتعالج أن يصف بكلمة واحدة مصاعبه، ومن ثم يضع هذه الكلمة بجملته، ورويدا يقوم المعالج بطرح أسئلة استكشافية طليقة ليتنقل إلى خطوة أكثر توضيحا وتفصيلا عن المشكلة (الحجار، 1999 : 66). ب- تقنية "الحادثة النقدية" "The Critical Incident Technique" وفيها يتم سؤال المتعالج عن حادثة تصف حياته وصفا أفضل وتكون هذه متضمنة نظرته عن الذات والعالم والمستقبل. (Torwer et .al, 1999, p.92)
- قدم للمتعالج فكرة عامة عن العلاج المعرفي - السلوكي (شرح نظرية أ-ب-ج) ويمكن أن يستعين بأمثله ، أو من حادثة أثناء سرد المتعالج لمشكلته.
- أعط المتعالج أدوات البحث المستخدمة لمعرفة فاعلية هذا البرنامج في نهاية الجلسات العلاجية وهي مقياس بيك للاكتئاب لتحديد شدة الاكتئاب أو شدته، قائمة الأعراض لمعاينة أعراض الاكتئاب والبدء بأكثر الأعراض إزعاجا للمتعالج، استمارة التقويم الذاتي (الملحق 10) لاستنباط الاتجاهات والمواقف السلبية المتعلقة بالذات وبالعلاج.
- يتفق المعالج والمتعالج على عدد الجلسات (يتوقف ذلك على خبرة المعالج وعلى تقويمه لشدة اضطراب المتعالج) وعي مدى التزام المتعالج بالحضور، وعلى تنفيذ الأهداف العلاجية الموضوعية لكل جلسة كتتفيذ مهمات تطلب منه فيما بعد في هذا النوع من العلاج. ويمكن ان تكون قراءة النشرة عن العلاج واجب أولي للمتعالج يطلب إليه المعالج ان يسجل ملاحظاته عنها تساؤلته في دفتره الخاص وتترك مناقشتها للجلسة التالية.
- أعط المتعالج واجبا منزليا بان يرصد أفكاره وأحاديثه مع نفسه المولدة لاضطرابه النفسي لمدة أيام
- وذلك بعد قراءته النشرة الخاصة بالعلاج كواجب منزلي للجلسة التالية، وأطلب إليه أن يسجل هذه الأفكار في دفتر خاص به.

الشكل (09): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -2-

إقامة العلاقة العلاجية



## الجلسة الثانية:

### الأهداف:

- التعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة (تغذية راجعة)، ومناقشة الواجبات، واستعراض جدول أعمال الجلسة.
- معاينة مستوى النشاط لدى المتعالج.
- مناقشة الأفكار التلقائية للمتعالج.
- الانتقال من الاستكشاف والسبر (Exploration) إلى التقديرات (Assessment)
- تحديد (تطويق) المشكلة.
- تطويق المشاعر والأفكار.
- البدء بالعمل على مشكلة المتعالج.
- إطلاع المتعالج على استمارة الإتيقان والرضا الأسبوعية.
- شرح نظرية أ-ب-ج
- الشرح للمتعالج كيفية حدوث التغيير العلاجي من خلال التقديرات والاستنتاجات المعرفية.

### الأدوات والتقنيات:

- استمارة أ-ب-ج أو سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو (DADT) - استمارة الإتيقان والرضا- تقنية الحوار السقراطي- تقنية الأعمدة الثلاثة - تقنية العمود المزدوج أو السهم العمودي - تقرير المتعالج الجلسة العلاجية - استمارة التحضير لجلسة العلاج - قائمة التشوهات المعرفية - الرسم الكاريكاتوري.

### الإجراءات:

- ابدأ الجلسة بسؤال المتعالج عن مشاعره وتقييماته للجلسة السابقة دائما، فان هذا يقوي العلاقة العلاجية ويصحح التفسيرات الخاطئة عن سلوكه، وبالتالي يجعل كلا منهما متناغما مع الآخر، وناقشه في واجبه المنزلي عن محاولته لرصد أفكاره في المواقف أو الحالات التي يشعر

فيها بالألم. وتستخدم لمعرفة ذلك استمارة التحضير للجلسة العلاج لهذه الجلسة ولكل الجلسات التالية (انظر الملحق 12). بعد ذلك يتشارك كل من المتعالج والمعالج في إعداد جدول الأعمال بالاستعانة بالاستمارة السابقة.

- التوضيح للمتعالج أن المنهج الطبيعي للاكتئاب له تقلباته المرتفعة والمنخفضة، وتوجيهه نحو أساليب خفض شدة الأعراض. (التي سيتعلمها خلال الجلسة الحالية والجلسات اللاحقة).

- التأكد من فهم المتعالج لنظرية أ - ب - ج وكيف أن التفكير والتأويل يؤثران في المشاعر وفي السلوك من خلال مناقشة اللواجب المكلف القيام به الجلسة السابقة، إذا لاحظت عدم فهمه لها فيجب عليك شرحها له لأن فهم النظرية المعرفية - السلوكية شيء ضروري للقيام بعملية التقييمات والتدخلات المعرفية- السلوكية.

أ. الحدث الفعلي / المحرض.

ب. الاعتقاد والتفسير حول أ

ج. النتائج (الانفعالية والسلوكية لـ ب)

إن الضيق الانفعالي والسلوك غير المناسب ليسا من جراء الحدث (أ) ولكنهما جزء من الاستنتاجات والتفسيرات والتقييمات السلبية لهذه الحوادث أي ب وهنا تقع على المعالج المعرفي مهمة إقناع المتعالج بذلك؛ أي إن (ب) هي المسؤولية عن اضطرابه وليس (أ).

وإذا لم يقتنع المتعالج بذلك، يقوم المعالج بتوضيح العلاقة بين أ- ب- ج بأمثلة يوردها المعالج من عنده أو من حوادث جرت مع المتعالج.

انتقل من مرحلة الاستكشاف الموجه والمفتوح إلى مرحلة التقديرات الموجهة للمتعالج وهي مرحلة أكثر بناء وليس هناك قاعدة عامة لهذا الانتقال. فالمعالج المعرفي - السلوكي سيكون بين المتعالج المتمركز حول الذات الذي يبقى استكشافيا خلال العلاج وصولا إلى السلوكي الذي يكون إداريا منذ البداية. وهذا الانتقال يعتمد على خبرة المعالج من جهة، وعلى استعداد المتعالج من جهة أخرى. أو يمكن توجيه المتعالج نحو مرحلة التقديرات بشكل متدرج وذلك بأن يلخص ما قاله ثم يطبق ما يلي:

- اسأل المتعالج مثلا عن إحدى المشكلات التي كان قد حدثك عنها خلال الجلسة الأولى.
- اسأله مثلا (كيف شعرت وأنت في تلك الحالة؟) (ماذا تقول لنفسك وأنت تتذكر الحادثة؟) أي عندما تكون في هذه الحالة ولديك تفكير معين فأني نوع من المشاعر أو الاستجابة الانفعالية تولد لديك. (استعن بالرسم الكاريكاتوري انظر الملحق 20) إن إعادة الصياغة تهدف إلى مساعدة المتعالج ليفرق بين الأفكار والمشاعر والحالات (تطويق المشاعر والأفكار) ويمكن أن تستخدم لذلك تقنية العمود المزدوج تقنية السهم العمودي أو تقنية الأعمدة الثلاثة (انظر الملاحق 13، 14، 35).
- استخدم المنهج السقراطي في طرح الأسئلة وفي الكشف عن المعرفيات المختلة وظيفيا.
- من الضروري الحصول على إحساس قوي بالاختلال الوظيفي مثلا الاكتئاب وليس الحزن، وإلا فلن يكون المعالج قادرا على وضع يده على الاختلال الوظيفي لتفكير المتعالج.
- دون جواب المتعالج في عمود الاختلال الوظيفي ج أ (3) في استمارة الـ أ- ب - ج وأظهر له ما تكتبه، وشرح له الأعمدة الثلاثة (1) (2) (3) (انظر الملحق 35).
- اسأله مثلا (ما الذي حدث؟) أو (ما الذي أدى إلى ذلك؟) أو عن الحادثة المحرصة إذا قدمها المتعالج لك.
- دون وصف المتعالج في العمود أ. (1) أظهر للمتعالج ما تكتبه دوما.
- لخص بإيجاز ما قاله المتعالج (قلت بأنك شعرت.... الخ) (ج) لأن..... (أ) أو (لقد قلت بأن... (أ) جعلتك تشعر..... (ج) (استخدم كلمات المتعالج نفسها واجعله يرى الكلمات مكتوبة على سجل الأفكار المختلة وظيفيا).
- اسأل (ما الأفكار حول... (أ) التي تدور في رأسك في ذلك الوقت؟) وإذا لم يكن المتعالج يستطيع استدعاء هذه الأفكار بسهولة فيمكنك أن تسأله أسئلة استفهامية مثلا (لماذا تشعر هكذا؟).... (ج) حول..... (أ) أو ماذا يعني (أ)؟ لك لكي تشعر كذلك تجاهه (ج).
- إن ما تحول الحصول عليه هو استنتاج وتقدير لـ (أ) فإذا لم يعطك المتعالج إياه أو قام بإعطائه (أ) آخر فبإمكانك أن تسأل بشكل أكثر حول إذا كان..... (أ) الذي أزعجك هكذا؟ هل كان شيئا سيئا؟

- دون جواب المتعالج في عمود الاختلال الوظيفي ب (2) أظهر للمتعالج ما تكتبه وشرحه.

- اسأل المتعالج عما إذا كانت أفكاره حول (أ) ستجعله يشعر بالطريقة نفسها التي شعرها في (ج).

هنا يكون المعالج قد بدأ يشير إلى دور المعتقدات في إحداث الضيق أو التوتر الانفعالي.

- أعط الكرة أي قم بالإجراء ثانية للبند السابقة لمشكلة أخرى. واطلب من المتعالج استكمالها كواجب منزلي للجلسة التالية.

- حاول الحصول على معلومات عن نشاط المتعالج السابق والحالي ثم قم بتعليمه كيفية تدوين النشاطات التي كان المتعالج يمارسها قبل اضطرابه على استمارة الإتيقان والرضا وتسجيل الدرجة لكل نشاط.

- متابعة مراقبة (رصد) الأفكار التلقائية، ثم قراءة استمارة قائمة التشوهات المعرفية كواجب منزلي. (انظر الملحق 15).

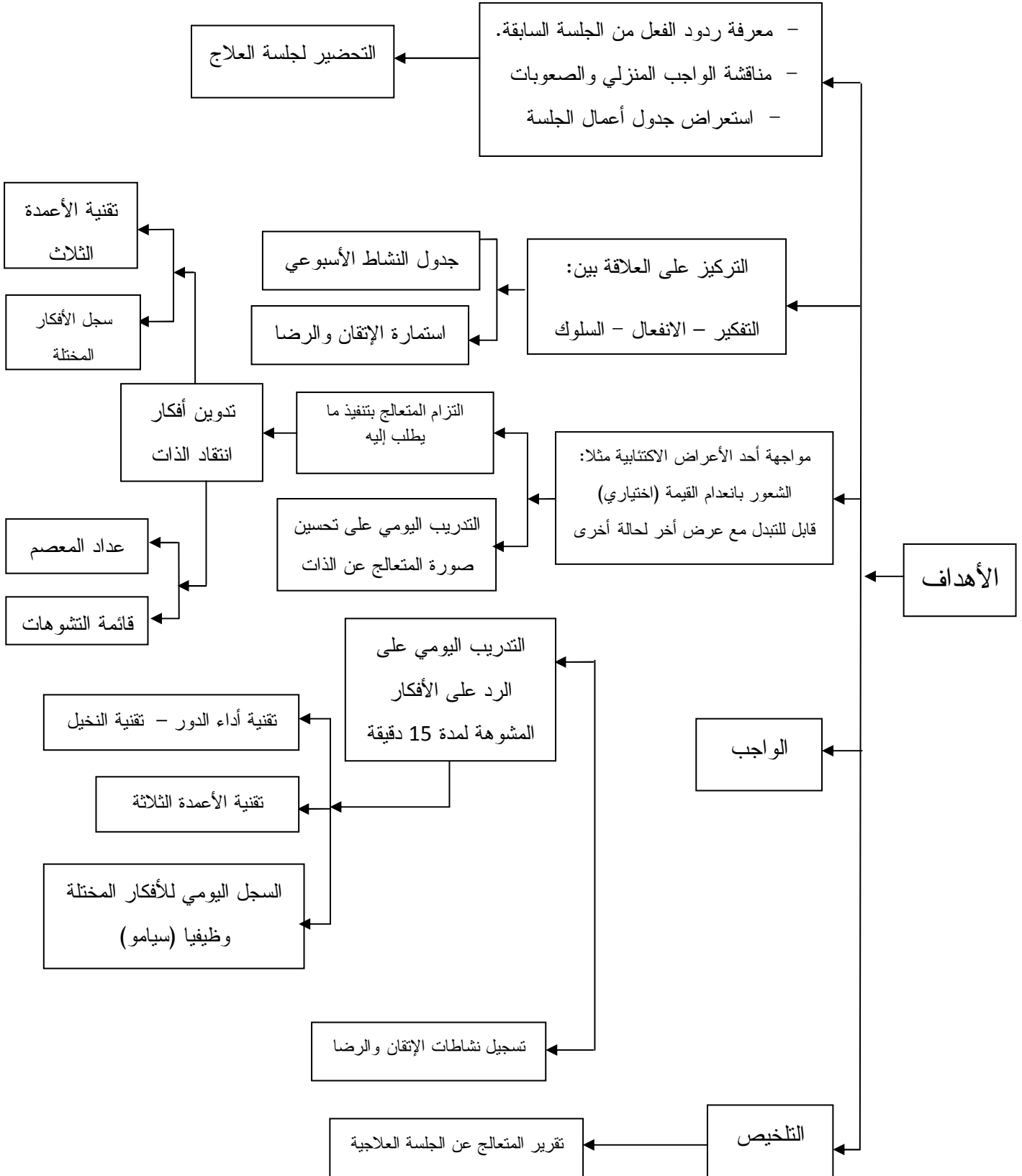
- اطلب من المتعالج أن يستخدم الاستمارة السابقة (التشوهات) كموجة لاستكشاف التشوهات المعرفية في تفكيره.

- على المعالج أن يكون حازماً في إنهاء الجلسة دائماً ضمن الوقت المسموح بأن يقول للمتعالج مثلاً "لدينا فقط عشر دقائق متبقية سألخص فيها النقاط الأساسية للجلسة، ثم انتقل إلى إرشادات الواجب.

استخدام استمارة تقرير المتعالج عن الجلسة الحالية (انظر الملحق 33) ولكل الجلسات اللاحقة.

الشكل (10): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -3-

مواجهة تدني تقدير الذات





## الجلسة الثالثة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- مواجهة الشعور بتدني تقدير الذات أو احترام وتعديله.
- 3- تعديل سريع في طريقة تفكير المتعالج ومشاعره وسلوكه.
- 4- التدريب اليومي على تحسين صورة المتعالج عن الذات.

## الأدوات والتقنيات:

قائمة التشوهات المعرفية - سجل سيامو- تقنية الأعمدة الثلاثة - تقنية عداد المعصم - تقنية أداء الدور- تقنية التخيل - تقرير المتعالج الجلسة العلاجية - قائمة التحقق من الواجب المنزلي- استمارة التحضير لجلسة العلاج- استمارة الإتقان والرضا.

## الإجراءات:

- ابدأ الجلسة بسؤال المتعالج عن ردود فعله عن الجلسة السابقة، ثم ناقشه في الواجب المنزلي، وعن الصعوبات التي واجهها في أثناء تنفيذه إن وجدت، ويمكن الاستعانة بقائمة التحقق من الواجب المنزلي (انظر الملحق 18).
- ابدأ بمناقشة أكثر أعراض الاكتئاب شدة عند الحالة (وقد يختلف هذا العرض كمن حالة لأخرى)، وليكن تدني تقدير الذات.
- أوضح للمتعالج أن التبصر والتنفيس الانفعالي لا يعالجان مشكلة تدني تقدير الذات لأن المتعالج يكون وعلى مدى سنوات قد مارس عادات التفكير السيئ، والتي ساعدت في خلق احترام الذات المتدني. وللتغلب على هذا الشعور فما عليك إلا إتباع برنامج تدريب منظم يوظف أساليب بسيطة صارمة يمكنك تطبيقه يوميا فإن المتعالج راغبا في الالتزام بهذا البرنامج ببعض الوقت والجهد المنتظم فيمكنك أن تتوقع نجاحا يتناسب مع الجهد الذي يبذله المتعالج ويتم ذلك من خلال:

- اطلب من المتعالج أن يدرب نفسه على إدراك وتدوين أفكار انتقاد الذات التي تراود ذهنه. بمعنى آخر أن يجيب على الحوار الذي يدور في داخله، مثل "إنني أقل من الناس" إنني لا أفعل شيئاً صحيحاً "ويمكنك استخدام أسلوب العمدة الثلاثة للتدوين (انظر الملحق 18) ( الأفكار التلقائية التي ولدت انفعاله في العمود الأيمن والتشوهات المعرفية في الوسط والاستجابات العقلانية في العمود الأيسر) أو سجل الأفكار المختلة وظيفياً سيامو أو عداد المعصم (استخدم الأسلوب الذي تشعر بأنه الأكثر راحة لك).

- تعلم لماذا تكون هذه الأفكار مشوهة بالاستعانة بقائمة التشوهات المعرفية (راجع الملحق 15).

- يتعاون المعالج والمتعالج على توليد ردود عقلانية على أفكار المتعالج غير العقلانية فهذا يدمجه في تعلم التحدث إلى ذاته بطريقة بناءة ومن ثم يعمل على تطوير نظام تقومي واقعي للذات، ويمكن استخدام تقنيات أداء الدور أو التخيل ليستذكر عن طريقها المتعالج حالات سابقة مرت معه أو يتخيل نفسه في حالات مستقبلية يختبر بها فرضيته بأن تفكيره واستنتاجاته كانا على خطأ وذلك من خلال قيامه بأنشطة تبين له العلاقة بين النشاط والمزاج (راجع الملاحق 16).

- اشرح للمتعالج كيف أن عملية تدوين الأفكار التلقائية والاستجابات العقلانية أمر أساسي، وأطلب منه أن لا ينفذه في عقله فقط لأن التدوين سيجبره على تطوير مزيد من الموضوعية أكثر مما سينجزه عندما يترك للأفكار أن تدور داخل عقله كالدوامة، كما سيساعده ذلك على تحديد موضع الأخطاء العقلية التي تؤدي به إلى الاكتئاب.

- أعط المتعالج واجبا منزليا يتمثل في تدريب نفسه على الرد على الأفكار المشوهة من خلال أسلوب الأعمدة الثلاثة أو سجل سيامو لمدة 15 دقيقة كل يوم. وستجد في كل يوم أنه أصبح أسهل فأسهل ولا تتردد في سماع رأي الآخرين في كيف سيجيبون على فكرة ما مزعجة إذا لم تتمكن من تقرير الاستجابة العقلانية المناسبة لوحدك. وحذار من أن تقع مع الذين رفضوا التدوين قائلين: ما الغاية من ذلك؟ إن هذا لن يجدي نفعا ... فهذا الموقف لن يخدمك وإذا لم تكن راغبا في النقاط الأداة واستخدامها فإنك لن تكون قادرا على القيام بعمل".

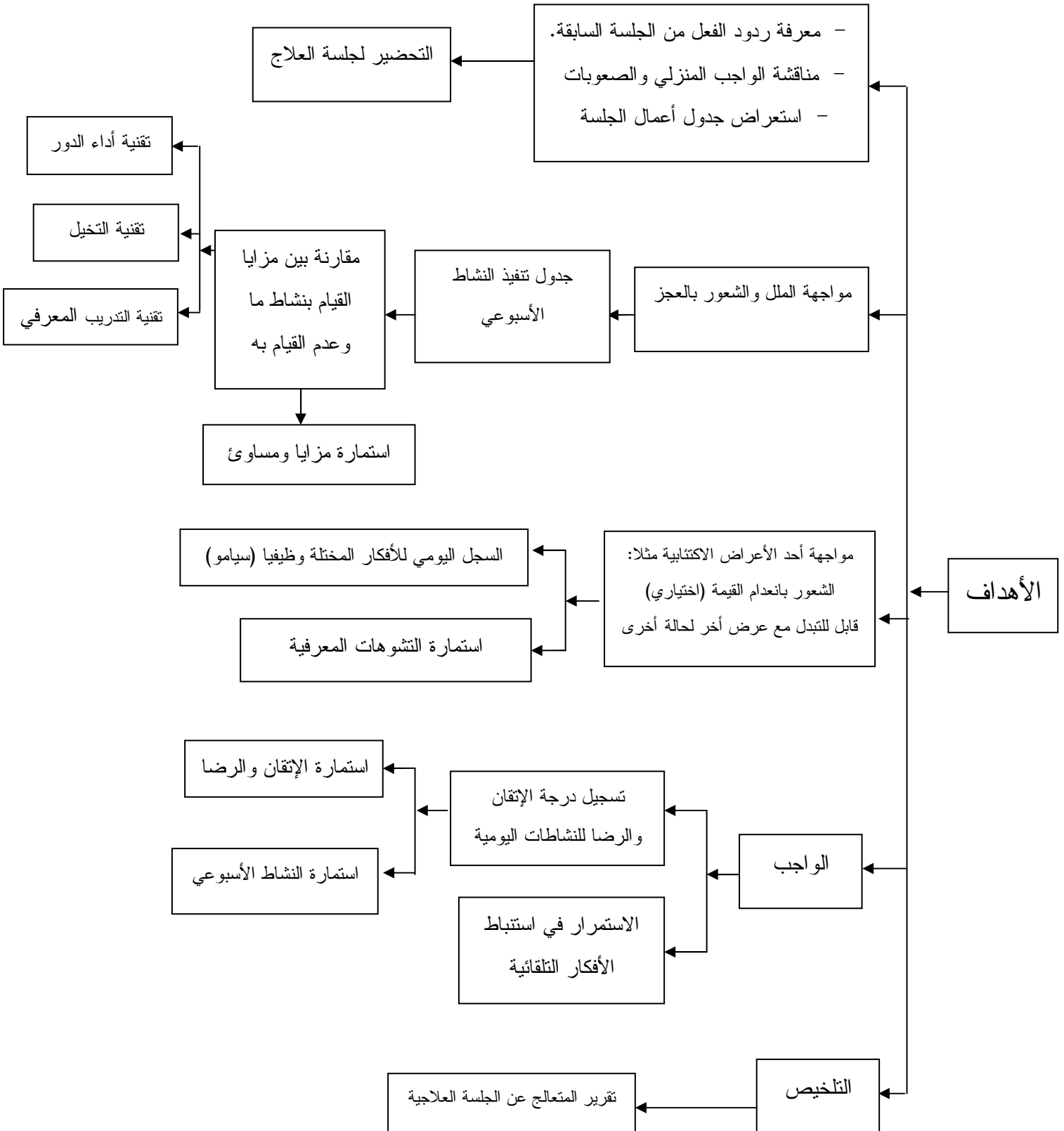
- اطلب من المتعالج جمع معلومات عن نشاطات الإيقان والرضا التي يعيشها عند قيامه بنشاط ما.

- اطلب منه الاستمرار في تدوين الأفكار التلقائية.

- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (11): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -4-

مواجهة الملل والعجز



## الجلسة الرابعة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- التعرف إلى الأفكار التلقائية للمتعالج، ومناقشتها.
- 3- التعرف إلى التشوهات المعرفية (الخاطئة/ السلبية) ومناقشتها مع المعالج.
- 4- مواجهة الملل والعجز.

## الأدوات والتقنيات:

- سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو- استمارة التشوهات المعرفية- استمارة الإتقان والرضا- استمارة النشاط الأسبوعي- استمارة مزايا ومساوي- تقنية التخيل- عداد المعصم - التدريب المعرفي الاستطلاعي- تقنية أداء الدور- تقرير المتعالج عن الجلسة العلاجية.

## الإجراءات:

- ابدأ الجلسة بسؤال المتعالج عن تقويمه للجلسة السابقة، هل يشعر بارتياح، هل يشعر بتحسن في أعراضه.
- اشرح للمتعالج فكرة الالتزام بتنفيذ جدول النشاط بقولك له إن الناس غالبا ما يؤدون عملهم بشكل أفضل عندما يكون لديهم جدول أعمال ينفذونه تنفيذا متدرجا أو مجزأ. وإذا أبدى المتعالج اعتراضا فاستمع إلى اعتراضاته وناقشها معه طالبا موافقة صريحة عن التزامه بالتنفيذ، ومن ثم اقترح جدول كتجربة ممتعة (النشاطات التي ذكرها في الجلسة السابقة).
- أكد للمتعالج أن لا احد ينجز كل شيء يخططه، هو لذلك فلا تشعر بالسوء إذا لم تتحقق جميع خططك، المهم هو محاولة التنفيذ والالتزام بالمتابعة للوصول إلى الهدف المرجو.
- اطلب من المتعالج أن سجل النشاط اليومي خطوة هامة في دحض فكرة الجمود والملل عند المتعالج معتمدا على مقارنة شعوره بين مزايا القيام بنشاط ما (رحلة، تسوق، رياضة...الخ) ومزايا عدم القيام بمثل هذا النشاط (انظر الملحق 23). ويمكن استخدام تقنية

التدريب المعرفي الاستطلاعي للكشف عن الصعوبات التي تعوق المتعالج عن تنفيذ نشاطاته وذلك بطريقة تخيل ذاته يتقدم بخطوات نحو الهدف المرجو وجعله يقرر العقبات التي يتوقعها في أثناء تخيله النشاط، ثم يحاول إعادة تقييمها معرفيا مع المتعالج (استمارة المزايا والمساوى، التدريب المعرفي الاستطلاعي، أداء الدور)

- اطلب من المتعالج مراقبة الأفكار السلبية، وتسجيلها في أثناء تنفيذ النشاطات ومعاملتها معاملة معرفيات مختلفة وظيفيا. (على استمارة الأفكار المختلة وظيفيا سيامو) مؤكدا بأن هذه الأفكار السلبية هي أفكار تلقائية مستحضرة في ذهن المتعالج لأن المتعالج يريد لها في الواقع، بل غنها تأتي بشكل غير طوعي وانعكاسي. هذه الأفكار ليست مستمرة ولكن يمكن أن تفجر من جراء أحداث معينة، ضغوطات، تداعيات فكرية معينة. إن هذه الأفكار هي نتيجة لبعض الافتراضات الضمنية (Assomption) أو المخططات (Schemata) والتي بتعديلها تصبح أقل. ويمكن إعطاء المتعالج استمارة التعرف إلى الأفكار المشوهة كنموذج يميز به بين الأفكار السوية والأفكار المختلة وظيفيا (انظر الملحق 11).

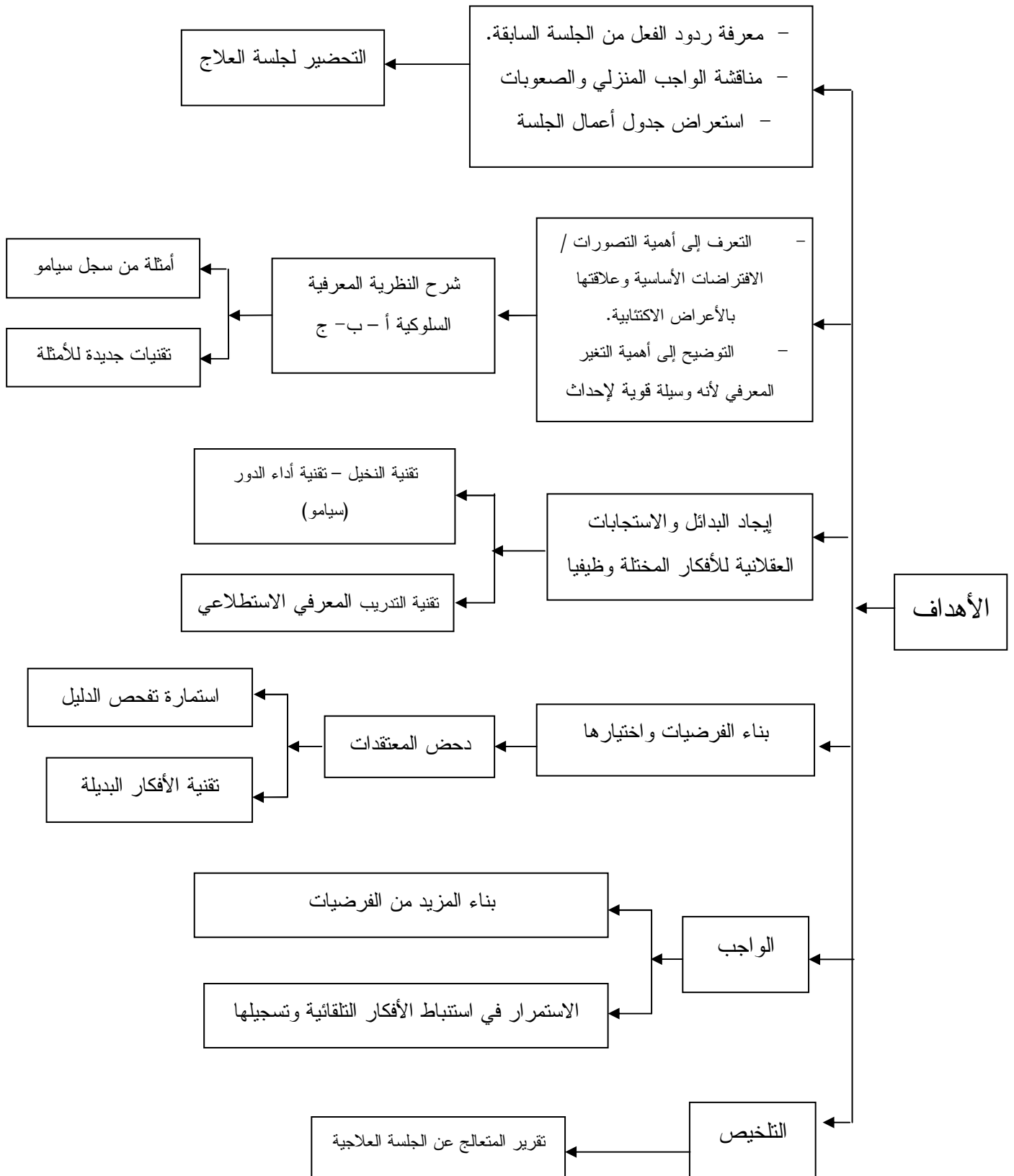
- اطلب من المتعالج تسجيل درجة الإتيقان والرضا على استمارة النشاط الأسبوعي بوصفه واجبا منزليا للجلسة التالية مؤكدا أن مصطلح الإتيقان يشير إلى الإحساس بالانجاز عند تأدية مهمة معينة ويدل الرضا عن المشاعر السعيدة المرتبطة بتنفيذ المهمة أو النشاط. ويمكن أن يتم تقدير الرضا والإتيقان بمقياس يتألف من خمس درجات من الصفر إلى الخمسة وهذا التقدير الكمي يحث المتعالج على إدراك النجاحات الجزئية والصغيرة بالرضا من جهة، ودحض بعض أفكاره المشوهة كفكرة الكل أو لا شيء من جهة أخرى، (انظر الملحق 21).

- اطلب إلى المتعالج الاستمرار في استنباط الأفكار السلبية والتشوهات المعرفية التي تقود إلى اضطرابه في المنزل.

- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (12): يبين سير الجلسة العلاجية رقم 5-

تعديل المعتقدات



## الجلسة الخامسة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- تعرف المتعالج إلى أهمية المعتقدات / المخططات / لأنها السبب في اكتئابه وسلوكه السيئ التكيف.
- 3- التوضيح للمتعالج كيفية حدوث التغير العلاجي من خلال التدخلات المعرفية، إذ إن التغير المعرفي وسيلة قوية لإحداث تغيير انفعالي وسلوكي.
- 4- إيجاد بدائل عقلانية لأفكاره المختلة وظيفيا.
- 5- إنشاء فرضيات جديدة واختباره.

## الأدوات والتقنيات:

استمارة الأفكار المختلة وظيفيا - استمارة تفحص الدليل - تقنية التخيل - التدريب المعرفي الاستطلاعي - تقنية إيجاد البدائل - تقرير المتعالج عن الجلسة العلاجية.

## الإجراءات:

- تعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة وعن الشاطبات التي قام بتنفيذها مستعرضا درجات الإتقان والرضا ومركزا على النشاطات التي تجلب المتعة والسرور له
- يختار المعالج مثلا من سجل الأفكار المختلة لتوجهه في تقييماته و يقوم ببناء فرضيته استنادا إلى النظرية المعرفية السلوكية والمسماة نظرية أ- ب - ج قائلا:

في هذا التركيب (ج) هي المشكلة (الانفعالات أو السلوكيات المختلة وظيفيا أو كلاهما) (ب) هي السبب الأولي للمشكلة وهي الحادثة المحرصة يقوم المعالج ببناء فرضيته استنادا إلى مثال يقدمه المتعالج.

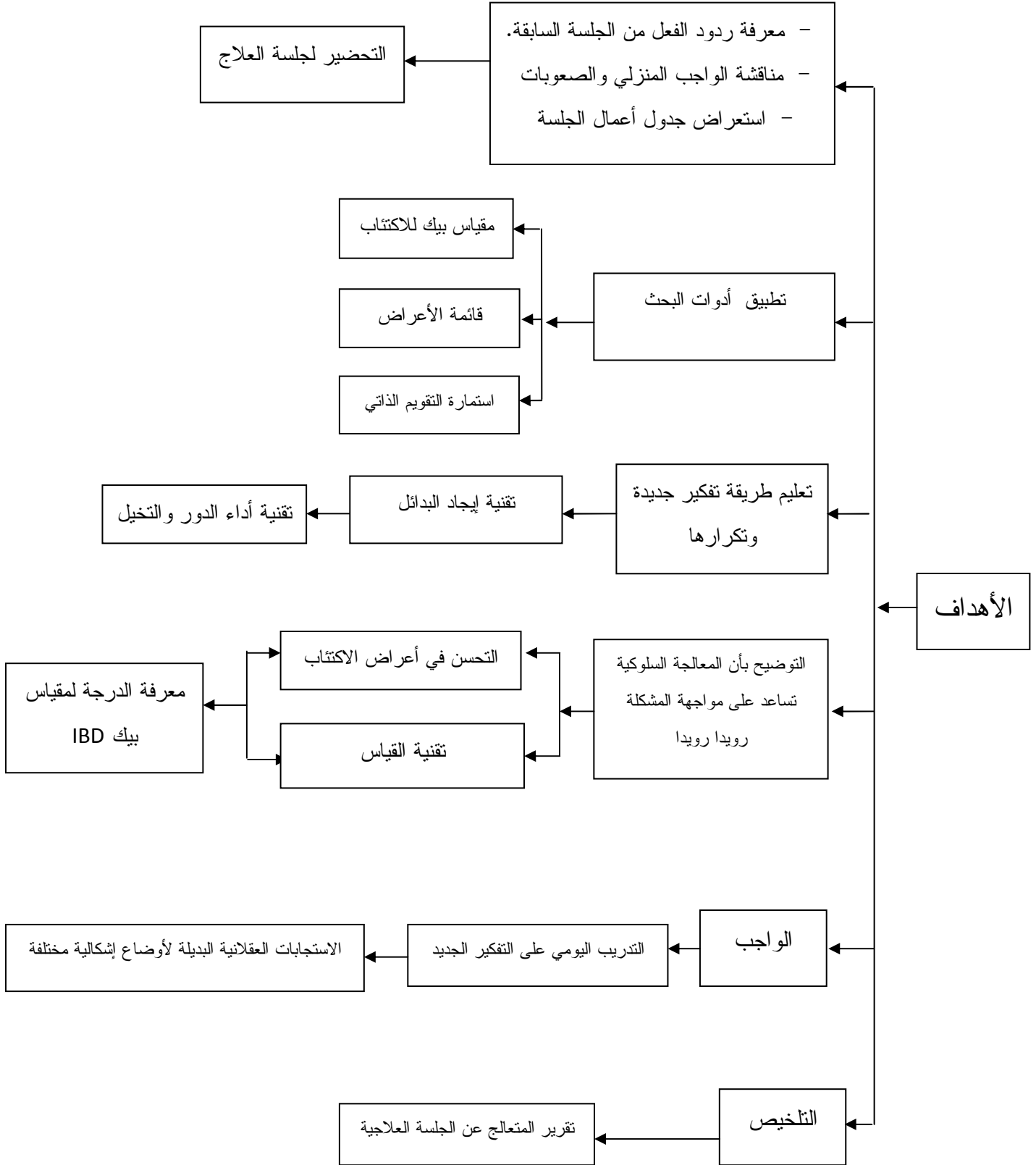
- التوضيح للمعالج أن النظرية المعفية السلوكية تتيح تقديم نظرية بديلة حول مشكلته تختلف عن نظرية المعالج لمشكلته وهذا الفهم سيوسع من إمكانية مساعدة المعالج لنفس في المستقبل ويمكن استخدام أمثلة لذلك من استعمره الأفكار المختلفة وظيفيا سيام أو استخدم أمثلة يقدمها المعالج كمادة مساعدة لإفهامه.
- على المعالج أن يأخذ مصادقة من المعالج على قبوله هذه النظرية في تحديد اكتتابه وتفسيره وهل يجدها نظرية مقنعة أم لا؟.
- إذا بدأ المعالج متشككا حول طريقة العلاج، واعترف بشكوكه، فاقترح مسارا تجريبيا ويمكن أن تورد لمعالجين آخرين استخدموا هذه الطريق أو هذا البرنامج بنجاح. (الفت نظره إلى عدم وجود ضمانات للنجاح.
- تأكد من جاهزية المعالج للتغيير العلاجي مؤكدا للمعالج ان التغيير المعرفي من الوسائل القوية لإحداث تغيير انفعالي وسلوكي، فمثلا يستخرج المعالج استجابة الفعالية للمعالج من سجل سيامو، يستعلم محتوى تفكيره للمشهد مع وصف لمشاعره أيضا، موضحا للمعالج ان التغيير في مشاعره سببه التغيير في محتوى تفكيره للمشهد.
- إذا أصر المعالج على زان تغيير (أ) أو الحالة كأفضل لتغيير (ج) النتائج الانفعالية والسلوكي فما عليك القول له سوى الاعتراف بأن تغيير (أ) هو طريقة لتغيير (ج) ولكن لا يمكنك دائما ذلك (تجنب الموقف - تغيير سلوك الآخرين...) بل يمكنك تغيير استنتاجاتك وتقويماتك للموقف، وهذه الطريقة تعطيك فرصة للتكيف مستقلة تمام عما يفعله الآخرون.
- اطلب من المعالج أن يعبر عن أفكار بديلة لأفكاره ومعتقداته المختلة وظيفيا وغاليا ما يظهر المعالج إيمانا أقل في الأفكار البديلة عن أفكاره السلبية التي اعتاد عليها. عندئذ دعه يجرب استخدام هذه البدائل في حالات تخيلية أو واقعية ثم عبر بعد ذلك عن مشاعره. وسجل هذه البدائل والاستنتاجات في سجل الأفكار المختلة وظيفيا.
- إذا وجدت المشاعر والاستجابات الناتجة عن البدائل للمعالج هي ذاتها قبل طرح البدائل. اطلب من المعالج بدائل أخرى أكثر فائدة وعند الضرورة اقترح بعض البدائل إذا وافق المعالج على أنها عقلانية.



- إذا قال المتعالج أنه ليس لديه إيمان بالفكرة البديلة وأنها لن تساعده فاطلب إليه أن يوازن وتقنية التدريب المعرفي الاستطلاعي.
- إن تقنية الأفكار البديلة تعتبر أساسا لتغيير معتقدات / مخططات المتعالج وكذلك تقنية التخييل وتقنية التدريب المعرفي الاستطلاعي.
- اطلب من المتعالج بناء فرضيات أخرى معتمدا أيضا على فهمه للنظرية المعرفية السلوكية. إن هذا الفهم سيوسع من إمكانية مساعدة المتعالج لنفسه في المستقبل وسيصبح أقل اعتمادا على المعالج إذا استطاع المتعالج عزو سبب التغيير لجهوده الخاصة وهذا مهم جدا لأن غالبية المتعالجين يشعرون بعجزهم ويقولون من قيمهم عندما يلجئون للمعالجة.
- اطلب من المتعالج استنباط المزيد من الأفكار التلقائية والبدائل العقلانية وتسجيلها على استمارة سيامو (الملحق 11) بوصفها واجبا منزليا للجلسة التالية.
- أكد على ضرورة التعاون العلاجي، وضرورة الالتزام بتنفيذ الواجبات التي تطلب إلى المتعالج.
- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (13): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -6-

تعلم طرائق تفكير جديدة



## الجلسة السادسة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- تطبيق أدوات البحث لمعرفة تطور الأعراض.
- 3- تعليم المتعالج طريقة تفكير جديدة من خلال التدريب على الأفكار البديلة العقلانية.
- 4- التوضيح للمتعالج بأن العلاج المعرفي - السلوكي يتقدم بالتدرج في المراحل اللاحقة ليتوصل إلى التغيير والاستقلال في النهاية.

## الأدوات والتقنيات:

- تقنية إيجاد البدائل - تقنية أداء الدور - تقنية التخيل - الدعابة - تقنية القياس - تقنية التدريب المعرفي - تقرير المتعالج عن الجلسة العلاجية.
- الإجراءات:

- أعط للمتعالج فرصة المبادرة للبدء بكل مقابلة فهذا يضمن له فرصة التحدث عن المشكلات المسببة لكثيره . حتى وان استدعى ذلك تأجيل الخطوات إلى الجلسة التالية ولكن يجب أن تكون يقظا لأن بعض المتعالجين ينتقلون من قضية ملحة إلى أخرى دون ترك وقت للتحري والمناقشة.

- اطلب من المتعالج أن ينشئ جدول أعمال للجلسة، ويمكنك مساعدته إذا تعذر عليه ذلك لوحده.

- أعط المتعالج أدوات البحث، ودعه يجيب عنها بنفسه، وذلك لمعرفة مدى تطور الأعراض.

- يبدأ المعالج بتعليم المتعالج طريقة جديدة في التفكير، على الرغم من أن المتعالج قد كون عادات شبه مستقرة في التفكير، ولربما لا يستطيع إيجاد البدائل لتفكيره أو يجد صعوبة في الدخول ببعض الأوضاع الواقعية بتفكيره الجديد بسبب قلق أو توتر متوقع. عندئذ يمكن للمعالج

أن يستخدم تقنية أداء الدور والتخيل لیساعد المتعالج في نقل تفكيره الجديد إلى الوضع الإشكالي. ويطلب إلى المتعالج كل يوم ولمدة نصف ساعة أن يتدرب على أفكاره الجديدة متحدثا إلى نفسه في الوضع الجديد، لیستطيع فيما بعد استدعاءها دون بذل جهد.

- إذا وجدت أن المتعالج لا يستطيع أن يقدم إجابات عقلانية بديلة للأفكار التلقائية مبررا لك ذلك بأنه في وضع عقلي وفسولوجي يجعلان التفكير بعقلانية أمرا صعبا. فما عليك في هذه الحالة إلا أن تطلب إليه الانتظار (تسلية - فكاهة - نشاط ما) حتى يكون قابلا للتفكير بإجابات عقلانية بسرعة أكثر، مؤكدا له بأنها مهارة تحتاج إلى فترة من الوقت والتدريب.

- اطلب إليه واجبا منزليا أن يتخيل أوضاعا أخرى لمشكلته، وأفكارا أخرى جديدة ويمارسها من مهمات حياتية حتى يصبح هذا الإجراء تقريبا تلقائيا.

- اطلب من المتعالج معرفة كم هو ناجح أو غير ناجح في تغيير مشاعره وسلوكه الذي ينطوي على خلل وظيفي في الأوضاع الواقعية وإذا لم يكن ناجحا في ذلك اطلب تكرار التدريب على أفكاره الجديدة، كان غير ناجحا في ذلك، مذكرا إياه بأن المحاولات غير الناجحة هي خطوات هامة على طريق المحاولات الناجحة.

- يقوم المعالج بتكرار المراحل السابقة بالوضع نفسه ثلاث مرات على الأقل، حتى وإن كان غير ناجح، ويمكن أن يقوم المتعالج بتنفيذ الخطوات نفسها لمشكلات أخرى، فقد تبرز مجموعة أخرى من المعتقدات المختلة وظيفيا يمكن معالجتها بالطريقة المعرفية ذاتها.

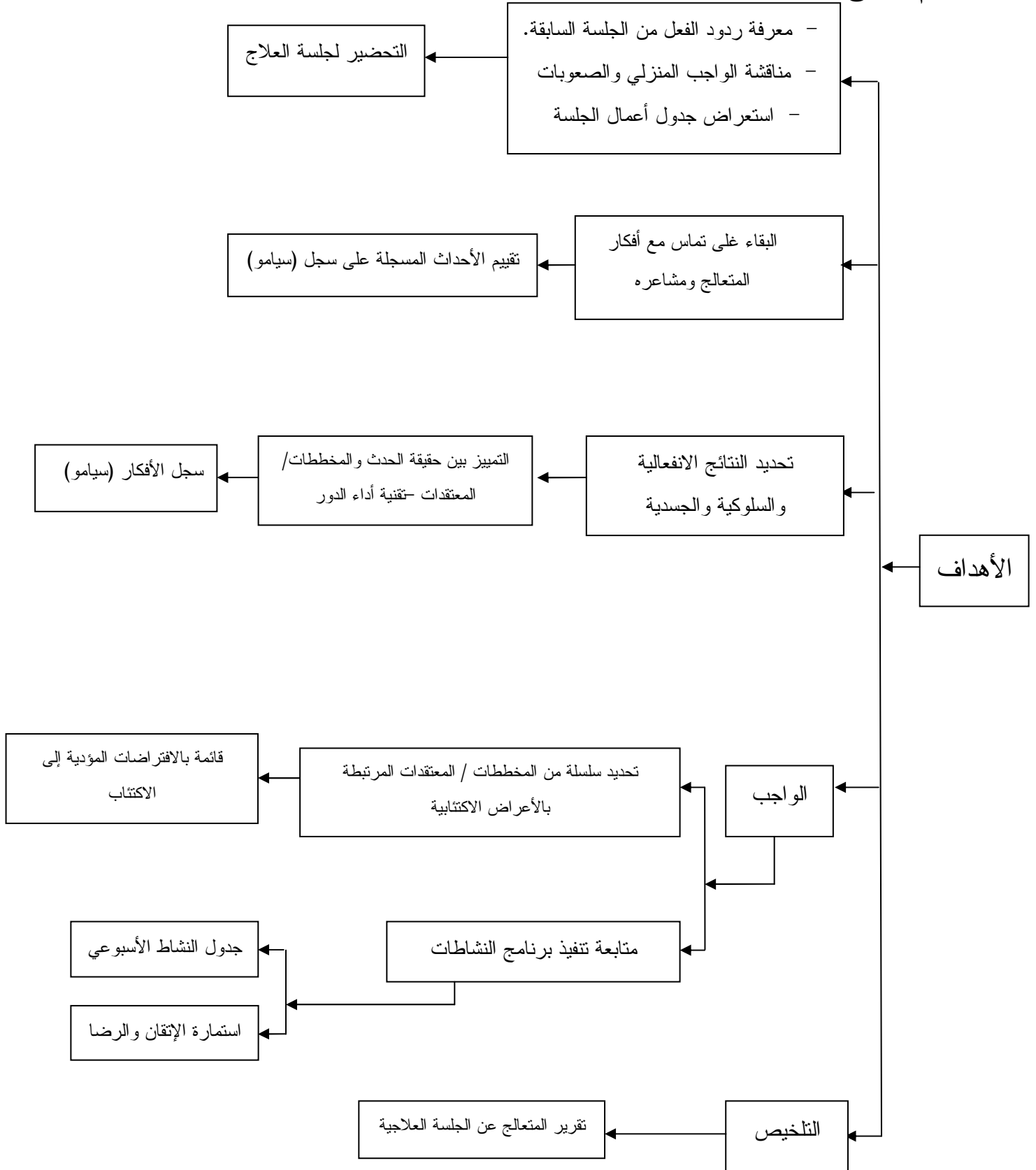
- إذا بدا المتعالج مستعجلا أموره في مواجهة مشكلته، أكد له بأن العلاج المعرفي السلوكي سينتدم رويدا رويدا في الجلسات اللاحقة إذا سيكتسب تبصرا أعمق لمشكلته وتغيرا انفعاليا وسلوكيا من خلال تعلمه منهج هذه الطريقة من المعالجة، التي ستوصله في الختام إلى مواجهة اضطرابه.

- في أثناء تطبيق المتعالج مقياس بيك للاكتئاب قد يخبرك المتعالج بأنه لا يتحسن وأنه ليس بحال أفضل على الرغم من متابعته الجلسات العلاجية المقررة له يمكن إخباره بأنه من غير الواقعي أن يكون المتعالج منتهيا من الاكتئاب في هذا الوقت القصير وأن العديد من المتعالجين يتحسنون دون أن يدركوا ذلك وأن تطبيق مقياس بيك لكي يرى تحسن المتعالج خلال فترة من الزمن وهذا القياس للأعراض يساعد المتعالجين في النظر والتفكير والقياس بحدود نسبية بدلا من الحدود المطلقة.

- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (14): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -7-

تعلم طرائق تفكير جديدة



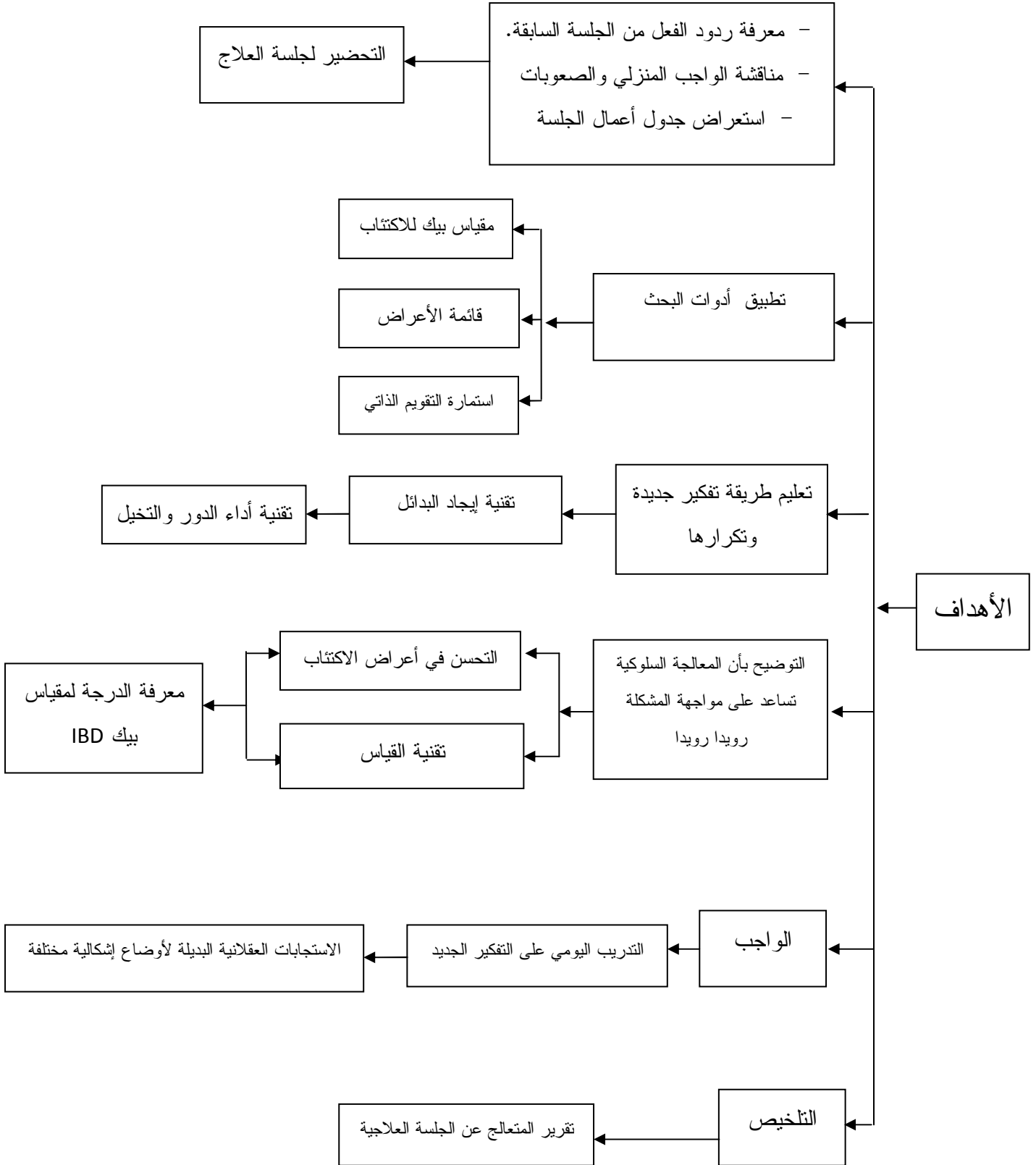
## الجلسة السابعة:

## الأهداف:

- اتبع الشكل العام نفسه كما في الجلسة السابقة.
- تحديد أكثر تحديد النتائج الانفعالية والسلوكية والجسدية (إذا وجدت) لاستجابات المتعالج، حيث تعتبر المكونات الفيزيولوجية جزءا متما للخبرة الانفعالية خاصة إذا كان الانفعال مرتبطا بالقلق أو الغضب (يمكن استخدام الاسترخاء).
- التوضيح للمتعالج طريقته الخاطئة في التكيف سلوكيا وانفعاليا ثم القيام بالتنفيذ والدحض للمعتقدات المختلفة وظيفيا (انظر الملحق 11).
- التفاوض مع المتعالج على الواجبات المنزلية التي تؤكد عملية الاندماج في التفكير البديل، وذلك بتحديد سلسلة أكثر من المعتقدات التي بواسطتها يرى نفسه مكتئبا، ويمكن إطلاعها على استمارة الافتراضات المؤدية إلى الاكتئاب (انظر الملحق 17).
- متابعة تنفيذ برنامج النشاطات الأسبوعي ومناقشة المعوقات إن وجدت. (انظر الملحق 29).

الشكل (15): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -8-

تعديل المخططات



## الجلسة الثامنة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- تمييز التفسيرات والاستنتاجات (Inférences) عن التقويمات (Evaluations)
- 3- تعديل المخططات / المعتقدات للمتعالج.

## الأدوات والتقنيات

سجل الأفكار المختلة سيامو (DADT) - قائمة الينبغيات - مقياس التشوهات المعرفية- تقنية الحوار السقراطي- تقنية إيجاد البدائل/ الواقعي- تقنية أداء الدور - تقنية النخيل - استمارة مزايا ومساوي- تقرير المتعالج الجلسة العلاجية.

## الإجراءات:

- بعد التعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة يناقش المتعالج الواجبات المنزلية وكذلك المعوقات إن وجدت ثم يستعرض جدول أعمال الجلسة.
- افحص مع المتعالج المعتقدات المختلة وظيفيا بمساعدة سجل الأفكار المختلة وظيفيا.
- اشرح للمتعالج الفرق بين الاستنتاج والتقويم فالأول هو تفسير للحادثة واستنتاج حول مما حدث فعلا أو ما سيحدث وما قد يكون صحيحا أو وهميا. فإذا مشى أحد من الناس إلى الجانب الآخر من الطريق أحد الاستنتاجات<sup>1</sup> هو أنه فعل ذلك ليتجنبني، وتكمن أهمية الاستنتاجات في أنها فرضيات قابلة للتصحيح، وهذا يعني وجود بدائل قد تكون صحيحة أو وهمية، والاستنتاجات لا تقود لوحدها إلى متبعات انفعالية حتى وإن قمت أنا كمثال باستنتاج أن أحدا ما يتجنبني لأنه لا يحبني وهذا بحد ذاته لن يضايقني ما لم أقم أنا بالاستمرار بتقويم ذلك (إنه كوني غير محبوب من قبله شيء سيء لي بطريقة ما).

<sup>1</sup>- التقويم ( إنه لشيء سيء لا يحبني).



وعندما تجري عملية محاكمة (مرغوب غير مرغوب/ جيد سيء/ سلبي إيجابي) تصبح هذه تقويمات ، وهي جوازم للقيمة أو التفضيل، وتكون إما جيدة، وإما سيئة عند المتعالج، وهي تقويمات غير واقعية مبالغ فيها غالبا لدى المكتئب.

- أعط المتعالج قائمة التعرف إلى التشوهات المعرفية وناقش معه سلسلة الاستنتاجات والتقويمات التي تبلغ أوجها في المتتبعات الانفعالية والسلوكية.

- على المتعالج الوصول إلى المعتقدات الخاطئة والتقويمات المشوهة والمبالغ فيها مبتدئا.

أ- دع المتعالج يوضح معتقده الأول بالأسلوب السابق أي موقفا أو حالة ما قادت إلى شعوره بالاكتئاب.

ب- أعد استنتاج المتعالج السابق بشكل توضيحي أكثر مثل قول "ماذا نتج عن ذلك" "لقد قلت بأنك سترتبك عندما تواجه زملائك" "كيف جعلك ذلك تشعر بالحزن" "ما الذي تقوله لنفسك ويجعلك تشعر بالدونية"

كرر ذلك مع استنتاجات أخرى حتى الوصول إلى التقويمات.

ت- اسأل المتعالج عن دليله أو برهانه لاستنتاج كهذا أو ذلك.

ث- إذا لم يعط المتعالج تقويماته المبالغ فيها أو المشوهة استخدام معرفتك في ما يمكن أن تكون المبالغة على وجه التدريب وذلك لتصوغ سؤالك مستخدما تقنية المنهج السقراطي.

- استخدم تقنية إيجاد البدائل كطريقة لإحداث التعديل في المعتقدات وسجل على استمارة المزايا والمساوى (انظر الملحق 24) فهذا يضمن فرصة جيدة لإعادة التوافق للمتعالج مع بنيته المعرفية (وهنا نضمن تماما إمكانية التعديل فهذا يستغرق وقتا طويلا ليحصل هذا التناغم الجديد ما بين البنية المعرفية المعدلة والسلوكيات والمشاعر المرافقة لهذه البنية الجديدة، المهم في الأمر مساعدة المتعالج على هذه التقويمات المشوهة وتقليل المشاعر الاكتئابية المرافقة لذلك.

- دون الاستنتاجات الجديدة والتقويمات المعدلة على الاستمارة السابقة.

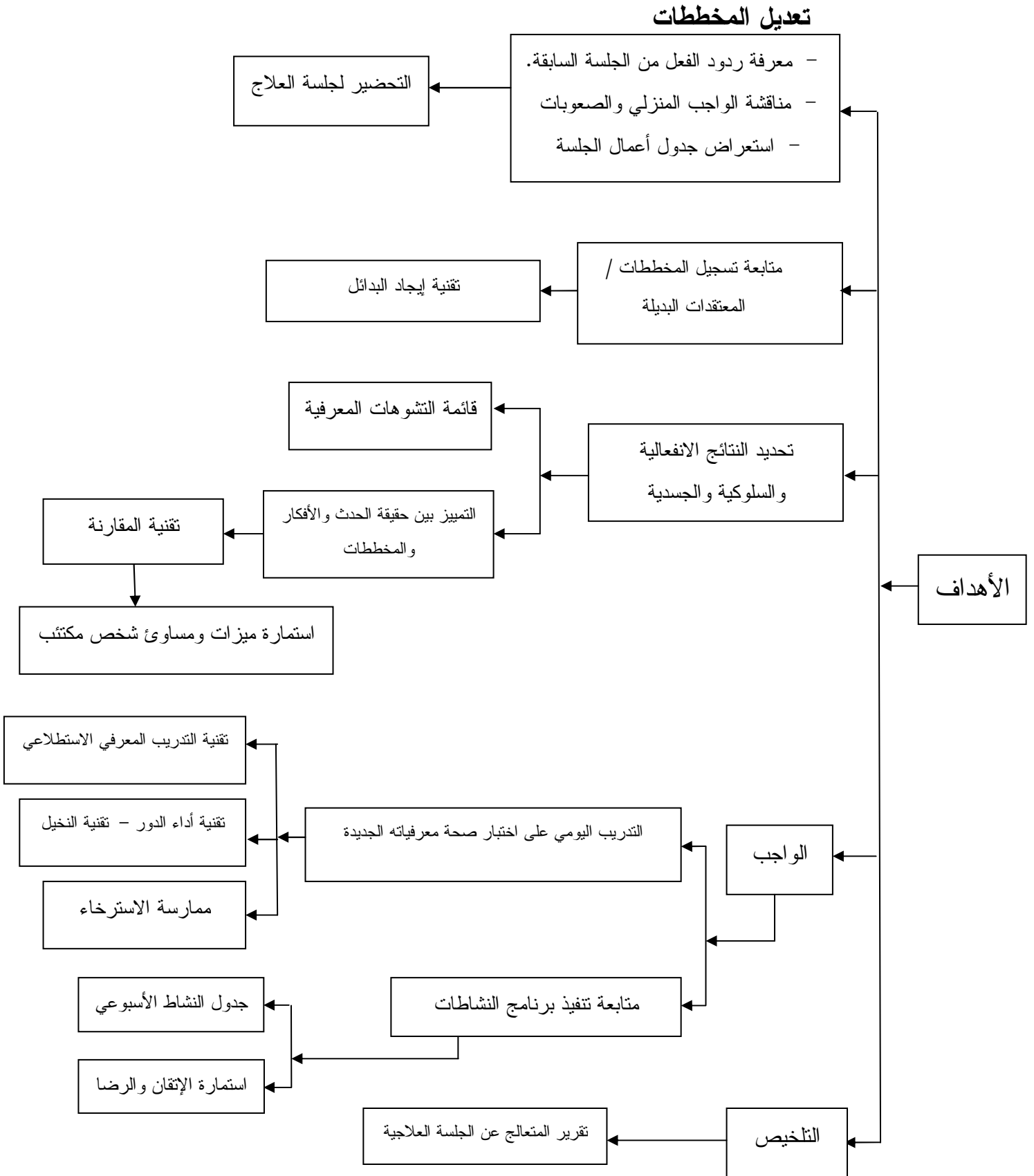
- أعد النظر في سلسلة المعتقدات الوظيفية البديلة، ثم اقترح على المتعالج اكتساب

السلسلة البديلة بكل شاردة وواردة قدر الإمكان وذلك بدراسة الاستمارة واكتسابها بالاستظهار.

-اطلب من المتعالج كواجب منزلي أن يكرر السلسلة البديلة لفترة 30 دقيقة في اليوم، وأن يمارس بواسطة تقنية التدريب المعرفي الاستطلاعي وضعه الجديد أي بمعتقده المعدل ويمكن استخدام تقنية التخيل والاسترخاء للقيام بذلك. أو أداء الدور مع المعالج في الجلسة التالية إذا وجد صعوبة في تنفيذه.

-اطلب إلى المتعالج أن يختار واحداً أو اثنين من المعتقدات الجديدة المطلوب تنفيذها بسرعة. ويكتب هذه المعتقدات على بطاقة ما (في دفتره الخاص) ويحفظ هذه في راحة يده أو في جيبه الذي في متناول يده (القريب). يجب أن ينظر إلى البطاقة لتذكره بالأفكار البديلة كلما يصل إلى استنتاجات انفعالية توصله إلى المستوى المكروب، أو كلما يبدأ في تأملات أفكاره المختلفة وظيفياً.

الشكل (16): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -9-



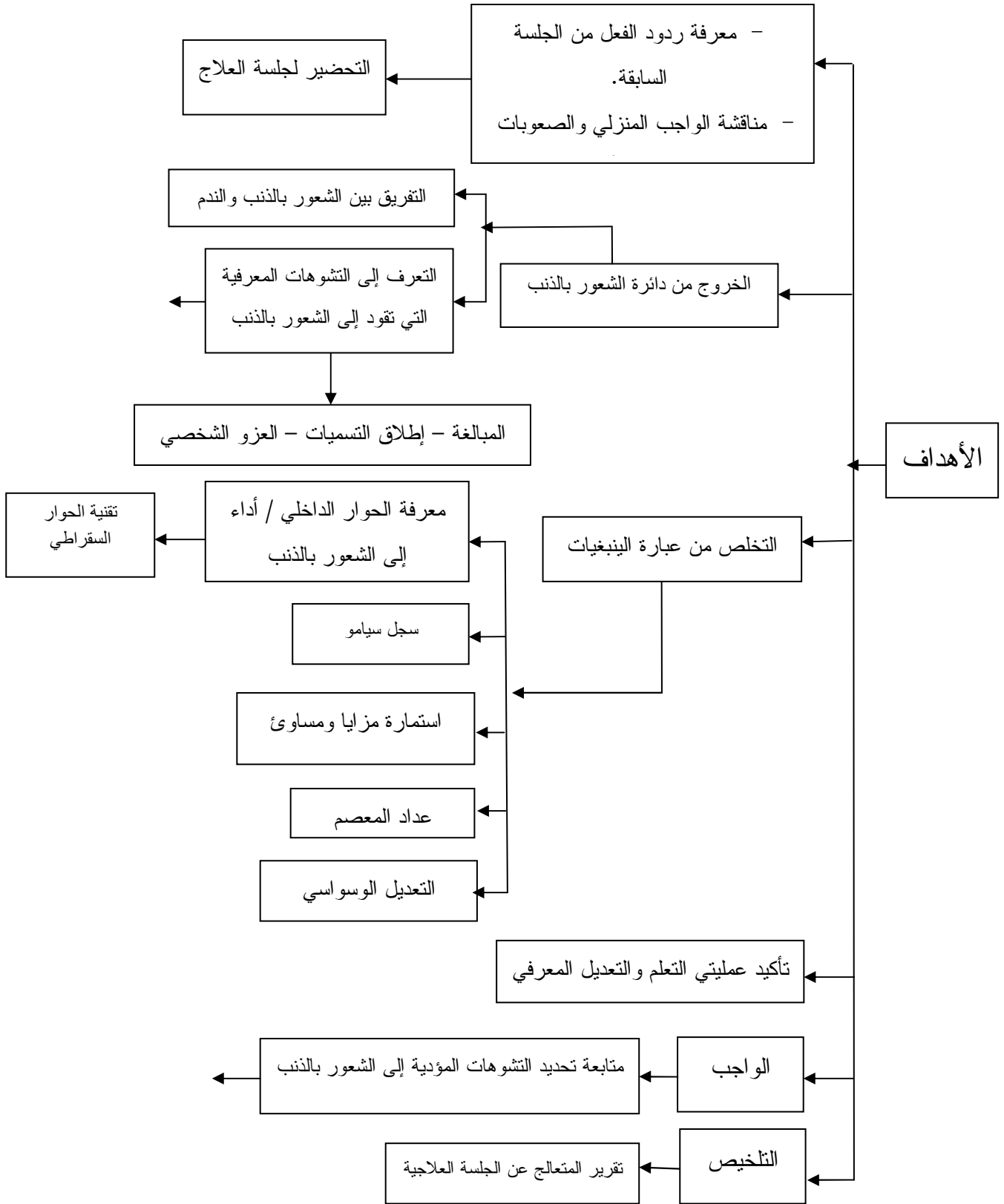
## الجلسة التاسعة:

## الأهداف:

- اتبع الشكل العام نفسه كما في الجلسة السابقة.
- متابعة تسجيل المعتقدات السلبية والمعتقدات البديلة ومناقشتها مع المتعالج والعمل على دحضها، ويمكن استخدام تقنية المقارنة، واستمارة ميزات ومساوئ شخص مكتئب وميزات ومساوئ شخص سعيد. (انظر الملحق 25).
- مناقشة التشوهات المعرفية للمتعالج التي تجعل أفكاره مختلة وظيفيا، ويمكن استخدام استمارة التدخلات العلاجية. (انظر الملحق 21).
- تحديد الواجب المنزلي للمتعالج وهو متابعة ممارسة أنشطته، والقيام بعملية التدريب المعرفي لمواقف متخيلة أو واقعية مسجلة مثلا على سجل سيامو مختبرا بذلك صحة معرفياته الجديدة، ومستخدم تقني الاسترخاء إذا انتابته بعض المشاعر المزعجة، والتوترات الجسدية.

الشكل (17) يبين سير الجلسة العلاجية رقم -10-

مواجهة الشعور بالذنب



## الجلسة العاشرة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- الخروج من دائرة الشعور بالذنب.
- 3- التخلص من عبارة الينبغيات.
- 4- تأكيد عمليتي التعلم والتعديل من خلال: أ. الإدراك بأن خطأ قد حدث.  
ب. تطوير إستراتيجية لتصحيح المشكلة.
- 5- ممارسة تدريبات الاسترخاء.
- 6- مواجهة الشكوى والتذمر.

## الأدوات والتقنيات

- استمارة التحضير لجلسة العلاج - سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو - استمارة مزايا ومساوى- قائمة الينبغيات - تقنية الدعابة- عداد المعصم- شريط تسجيل صوتي- تقنية القياس - استمارة قائمة التشوهات - تقنية التعطيل الوسواسي- تقرير المتعالج الجلسة العلاجية.

## الإجراءات:

- بعد التعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة يناقش المتعالج الواجبات المنزلية وكذلك المعوقات إن وجدت ثم يستعرض جدول أعمال الجلسة.
- يحاول المتعالج أن يتعرف إلى التشوهات الفكرية التي تقود إلى الشعور بالذنب ويبدأ بتوضيح الشعور بالذنب عن الشعور بالندم، فالندم ينشأ عن وعي غير مشوه بأنك بشكل معتمد ودون أي ضرورة تصرفت بطريقة مؤذية تجاه نفسك أو تجاه شخص آخر انتهك مقاييسك الأخلاقية الشخصية. وهنا لا يوجد معنى ضمنى بأن إثمك يشير إلى أنك شخص سيء شرير، أو لا أخلاقي فالندم هدفه السلوك. أما الشعور بالذنب فيكون موجهها نحو الذات. ومثل هذا

السلوك يظهر أنني شخص سيء، ويتساقق معه الافتراض التالي "بسبب سلوكي السيئ فأنا أقل من غيري أو أنني عديم القيمة".

- إن أسهل طريقة لتقييم ما إذا كانت المشاعر التي تسببها أفكار كهذه مفيدة أم مدمرة هو أن تقرر إن كان فيها أي التشوهات المعرفية (راجع الملحق 15) وستجد أن "أول تشوّه كامن حينما تشعر بالذنب هو المبالغة في الخطأ فقد يكون افتراضك أنك ارتكبت خطأ فعليا قد يكون الأمر كذلك وربما لا يكون، فهل السلوك الذي تدينه في ذاتك هو في الواقع بالفضاعة ذاتها أو غير الأخلاقية أو الخطأ؟ أم أنك تضخم الأمور تضخما لا يتناسب مع حقيقتها؟.

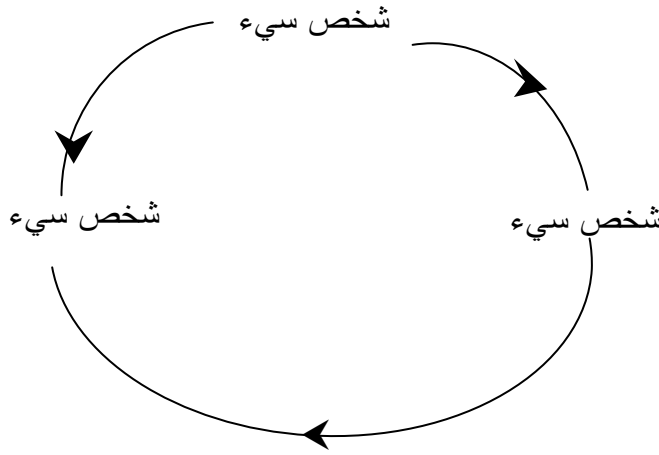
**والتشوّه الثاني** الذي يقودك إلى الشعور بالذنب هو أن تطلق على نفسك تسمية "الشخص السيئ" بسبب ما فعلته، إنك بها فقد وجهت طاقتك إلى التأمل واضطهاد الذات بدلا من الاستراتيجيات المبتكرة في حل المشاكل، وأما التشوّه الثالث الذي يحرض الشعور بالذنب فهو الغزو الشخصي لأنك بذلك تقترض على نحو غير ملائم مسؤوليتك عن حدث لم تسببه أنت ولأن العلاج المعرفي - السلوكي يؤكد أن أفكارك فقط هي التي تسبب مشاعرك فقد تصل إلى أن المعتقدات والقيم ليس لهما أي أساس من الصحة؛ أي أنك لا يمكن أن تؤذي أحد مهما فعلت، وبذلك فإنك تمتلك الحرية للقيام بأي شيء. فالخطأ في أفكار الآخرين، وليس في تصرفاتك". (Burns,1991)

- على المعالج الانتباه إلى أن المعاناة يمكن أن تكون حقيقية بسبب تفكير صحيح وغير مشوه أو لسبب خارجي فعلا، وهنا يجب العودة إلى مفهوم التشوّه المعرفي والمدى الذي يكون فيه التفكير المشوه هو السبب في الانزعاج الانفعالي لشخص ما.

- أريدك أن تخرج من نظام دائري يسمى دورة الشعور بالذنب إذ حالما تبدأ بالشعور بالذنب تكون قد وقعت في شرك وهم يجعل شعورك هذا يبدو صحيحا. وهذه الأوهام يمكن ان تكون قوية ومقنعة فأنت تستنتج بمنطقتك "أنني أشعر بالذنب وأني أستحق الإدانة وهذا يعني أنني سيء ولما كنت سيئا استحققت هذه المعاناة" وهذا يقودك إلى مزيد من الشعور بالذنب إن هذا الارتباط الانفعالي - المعرفي يثبت أفكارك ومشاعرك معا وينتهي بك الحال إلى الوقوع في شرك نظام دائري يسمى دورة الذنب والتفكير الانفعالي يدعم هذه الدورة (انظر الشكل 18)

فأنت تفترض عفويا أنه بسبب شعورك بالذنب فلا بد أن تكون قد قصرت بطريقة ما وأنت تستحق هذه المعاناة وتفكر بمنطق: "إنني أشعر سيء لهذا فلا بد من أنني شخص سيء" وهذا غير منطقي لأن اشمئزاك من ذاتك لا يثبت بالضرورة أنك فعلا قد فعلت شيئا خطأ. وشعورك بالذنب إنما يعكس حقيقة أنك تعتقد بأنك تصرفت تصرفا سيئا وقد يكون الأمر فعلا كذلك ولكن الغالب أنه لا يكون.

### الشكل (18) يبين دورة الشعور بالذنب



### إعداد الباحثة

- اطلب من المتعالج أن يحدثك عن أفكاره وعن العبارات "الينبغيات" التي يرددها غالبا ينتابه الشعور بالذنب، ستجد أنه مثلا "يجب أن أكون سعيدا في كل الأوقات "ينبغي" "يتوجب علي" أنظر الملحق (17) ونتيجة لهذه القواعد فإنك ستشعر بالفشل في كل مرة تنزعج فيها. لأنه من غير الواقعي مثلا لأي إنسان تحقيق السعادة المطلقة فهذه القاعدة هزيمة للذات ولا مسؤولة. إن عبارات الوجوب أو الينبغيات لا تمثل مقاييس لأخلاقية معقولة، فهي تركز على المقدمة المنطقية بأنك تعرف كل شيء تفترض بأنك تمتلك كل المعرفة الموجودة في هذا العالم وبأنه يمكنك التنبؤ بالمستقبل. إنك بهذا تفترض أنك كالإله ذي سلطة مطلقة ونفوذ لا محدود ومقدرة على التحكم بنفسك وبالأخرين بحيث تحقق الأهداف، استخدم لذلك تقنية القياس.

- أريدك أن تسأل نفسك دائما عندما ينتابك شعور لتقرر فيما إذا كانت مشاعرك تمثل شعورا صحيحا وطبيعيًا بالندم أم شعورا مشوها بالذنب يسعى إلى هزيمة الذات. اسأل نفسك:



1. هل قمت بعمل سيء بصورة مقصودة أم فعلت شيئا غير عادل ومؤذيا دون حاجة وكان يجب ألا أفعل؟ أم أنني بشكل غير عقلائي أتوقع نفسي أن أكون مثاليا وكامل المعرفة وكلي القدرة؟

2. هل أطلق على نفسي بسبب هذا العمل تسمية الشخص السيئ أم الفاسد أم الشرير أم المذنب؟ هل تشتمل أفكارى على تشوهات معرفية أخرى كالتضخم والمبالغة في التعميم... الخ؟ (هنا يستطيع المتعالج تحديد التشوه بسهولة من خلال التدريبات التي قام بها في الجلسات السابقة، وإذا لم يستطع القيام بذلك يقوم المعالج بمساعدته) ثم يطلب إليه واجبا منزليا تدريبييا على ذلك.

3. هل أشعر بالندم أو أسف حقيقي ينتج عن إدراك الأثر السلبي لما قمت به؟ هل شدة استجابتي الانفعالية وديمومتها تتناسب مع ما فعلته عمليا؟

4. هل أتعلم من خطئي وأطور إستراتيجية التغيير أم إنني أستغرق في تفكير كئيب وأتأمل دونما نتيجة أم أعاقب نفسي بطريقة مدمرة.

وإذا وجدت بعد إطلاعك على المعايير السابقة أن لديك شعورا بالذنب غير سوي بضعف الأهلية ويعطي شعورا بالعجز استخدم بعضا من الطرائق التي تسمح لك في أن تخلص نفسك من هذه المشاعر غير الملائمة وتزيد في احترامك لذاتك إلى أقصى حد. ومنها السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا (راجع الملحق 11) وهذه الطريق تجدي بشكل بارع لعدد من الانفعالات غير المرغوب فيها كالشعور بالذنب في العمود الأول ثم استمع إلى الصوت الداخلي في رأسك وتعرف إلى الاتهامات التي سبب شعورك بالذنب. وأخيرا حدد التشوهات ودون الأفكار الأكثر موضوعية وهذا سيقودك إلى الارتياح.

ويمكنك استخدام استمارة مزايا ومساوى (الملحق 21) وسؤالك نفسك ما هي إيجابيات وما هي سلبيات تلك القاعدة على نفسي، أو استبدال تلك القاعدة على نفسي، أو استبدال هذه العبارات بكلمات أخرى بدلا من "يجب" "سوف تكون تصرفا لطيفا إذا...." "أتمنى لو أنني استطعت" ويمكنك استخدام طريقة تضيي الدعابة عليها جوا من المرح وهي أسلوب التعطيل الوسواسي. Obsessional-Filibudter ضع في جدولك دقيقتين ثلاث مرات يوميا لقراءة

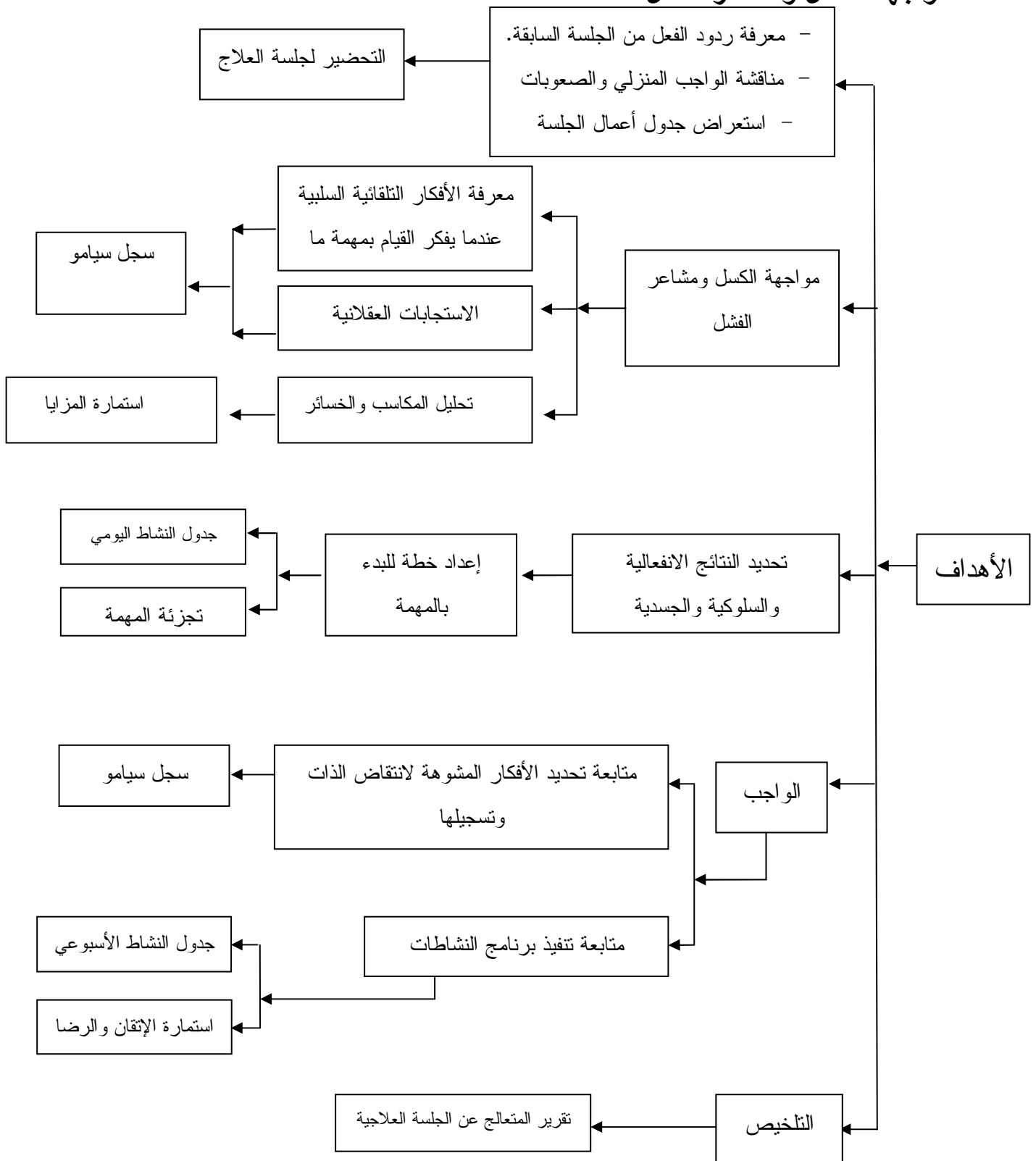
عبارات الواجبات وكل مضايقاتك لذلك بصوت عال أو سجلها على شريط تسجيل صوتي، واستمع إليها وأظن، أن هذا سيساعدك على أن ترى كم هي مضحكة لغرابتها وسخفها وانتبه أن تحدد هذه العبارات أثناء الفترات التي خصصتها على الجدول فقط لكي لا تزج نفسك بها في باقي الأوقات.

إن هذه الطرائق السابقة ستجعلك تشعر شعورا أفضل لأنك لا توبخ نفسك وبدلا من الشعور بالذنب يمكنك

- اطلب من المتعالج كواجب متابعة تحديد التشوهات المعرفية في أفكاره إلى شعوره بالذنب ومن ثم يدونها على دفتره الخاص.
- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (19): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -11-

مواجهة الكسل ومشاعر الفشل



## الجلسة الحادية عشرة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- مواجهة الكسل ومشاعر الفشل
- 3- تغيير الطريقة التي يتصرف المتعالج بها.

## الأدوات والتقنيات:

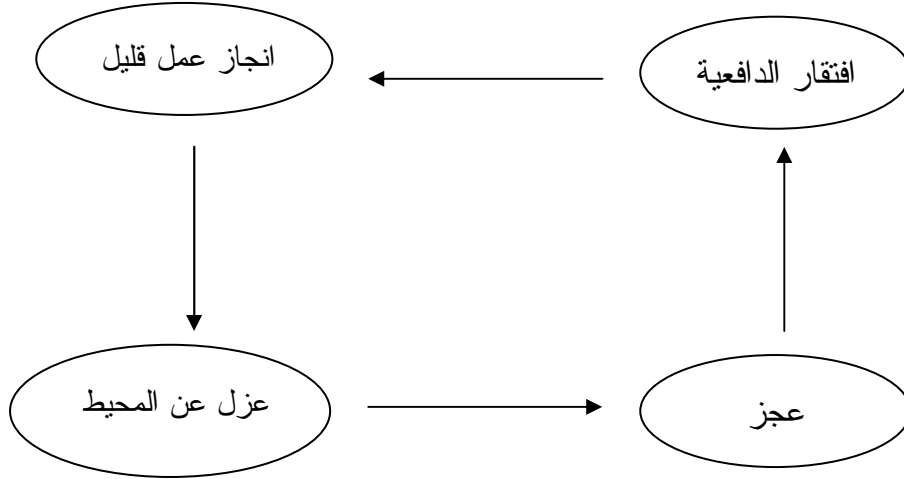
استعملت سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو - استمارة مزايا ومساوئ - استمارة الإتقان والرضا - استمارة العمود المزدوج - استمارة النشاط اليومي - تقنية الواجبات المتدرجة - استمارة جدول النشاط الأسبوعي - تقرير المتعالج الجلسة العلاجية.

## الإجراءات:

- بعد تنفيذ الهدف الأول ومناقشة الواجبات والصعوبات في تطبيقها، يستعرض المعالج جدول الأعمال ثم يبدأ المعالج بتطبيق الهدف الثاني بقوله: لقد تعرفت في الجلسات السابقة على العلاقة بين الأفكار والمشاعر وبإمكانية يمكن تغيير مزاجك بتغيير طريقة تفكيرك، وهناك طريقة ثانية للارتقاء بالمزاج ذات تأثير هائل. فالناس ليسوا مفكرين فقط وإنما هم فاعلون وليس من المدهش إذن أن تستطيع بشكل حقيقي تغيير الطريقة التي تشعر بها بتغيير الطريقة التي تتصرف بها. فحينما تكون مكتئبا يكون هناك خلل واحد فقط وهو أنك لا تشعر بالرغبة بفعل الكثير. "إن أحد أهم أوجه المدمرة للاكتئاب هو الطريقة التي يشل بها قوة إرادتك. وفي أكثر الحالات اعتدالا فإنك سوف تؤجل وتماطل في أداء بعض الأعمال البسيطة وحينما يشتد افتقارك إلى الدافعية فإن أي نشاط سيبدو لك صعبا جدا لأن بداخلك دافع يهيمن عليك ويمنعك من فعل "أي شيء" ولأن ما تتجزه سيكون عندئذ قليلا جدا فإنك ستشعر أسوأ فأسوأ. وعندما لن تعزل نفسك عن المصادر الطبيعية للمتعة فحسب، وإنما ستفتقر إلى الإنتاج وسيتفاقم لديك كره الذات

لديك، مما سينسجم عنه مزيد من العزلة والعجز، وتبقى ضمن دائرة الكسل. ويتوضح ذلك في الشكل التالي:

الشكل (20): يبين دائرة الكسل



- اطلب من المتعالج أن يسأل نفسه، "حينما أفكر في شيء لم أنجزه فما هي الأفكار التي تتوالى على عقلي؟" أكتب هذه الأفكار وهذا أمر مهم وحاسم، فأنت لا يمكنك تغيير الطريقة التي تفكر وتشعر بها إذا رفضت طريقة أفكارك فحسب. اكتب أية أفكار سلبية تخطر لك حول المهمة التي ترفض القيام بها أو تؤجلها. سجل هذه الأفكار على سجل سيامو (انظر الملاحق 11) دون بساطة الأفكار التي تمر في ذهنك حينما تفكر بمهمة محددة، وهذا سيبين لك مباشرة ما هي مشكلتك، ثم دون الاستجابات العقلانية الملائمة التي تظهر أن هذه الأفكار غير واقعية وهذا سيمكنك من حشد الطاقة الكافية للإقدام على الخطوة الأولى الصعبة. وحينما تقوم بذلك فإنك ستكسب القوة الدافعة، وستكون على الطريق الصحيح" (Burns,1991, p.110)

- اطلب من المتعالج تحليل الفوائد والخسائر لعدم القيام بالفعل أو تأجيله. وتذكر أن هذا السلوك له العديد من المزايا للمتعالج "مثل تجنب العمل الشاق، إبعاد المشكلة عن تفكيرك وبالتالي عدم الشعور بالانزعاج قبل الآخرين بالحد الأدنى الذي تقدمه، ومنعهم من الضغط عليك، والإحاح بالعديد من المتطلبات". الآن قم بالموازنة بين مزايا انعدام الفعل ومساوئها، أو

تأجيله واسأل نفسك هل المكاسب أكثر أم الخسائر؟ ولاحظ أنني أريد كتابة مساوئ البدء ومزاياه وليس إكمال العمل. فهذا مهم لأن الواجب قد يبدو قاهرا. (انظر الملحق 23).

- قد يشير تحليلك أنه حتى وإن كنت لا تريد فعل واجب ولا تشعر برغبة في ذلك فلن يكون ذلك من صالحك أن تبدأ. إن هذا الاستبصار يمكن أن يساعدك على هجر عادة التفكير بأنك يجب أن تشعر دوما بالتحريض أو تكون بمزاج ملائم قبل أن تفعل شيئا ما.

- قرر أي الخيارين هو الأفضل، إنك بحاجة أن تقرر ما تريد فعله ولربما تكتشف أنك لا تريد إطلاقا أن تفعل هذا الشيء الذي تؤجله. هذا حسن تماما لأنك اخترت خيارا حرا؛ أي وكأنك اخترت طريقتك في أن تقول لنفسك وللعالم بأن نشاطا محدد ليس مناسباً لك، وحالما تتخذ قرارا كهذا فأنت لم تعد تماطل، فالمماطلة بالتعريف: هي تجنب القيام بواجب ما، اخترت القيام به، وتكون بذلك أصبحت جاهزا للخطوة التالية وهي إعداد الخطة للبدء بالمهمة.

- أريد أن أعرف بالضبط خطتك للبدء بالعمل/ مثلا: في أي يوم (أو شيء) ستبدأ؟ سجل ذلك على جدول النشاط اليومي. (انظر الملحق 28) ويكفي أن تكتب كلمة أو كلمتين في العمود الأول لتشير إلى ما تود فعله اليوم، وفي العمود الثاني النشاط الماضي أي ما قمت به فعليا أثناء اليوم وهذا قد يكون مماثلا أو مختلفا عما خططت له فعليا ومع ذلك اكتبه. ويمكنك أن تشير بحرفي م، للذين يشيران إلى الإلتقان والرضا. وسيساعدك ذلك على التنظيم ومجابهة الكسل والشعور بالعجز.

- الآن، إذا وجدت مشكلات أو عقبات تمنعك من مواصلة عمل ما، فيمكنك أن تجعل هذا العمل سهلا، خاصة إذا كانت أهدافك واقعية ومعتمدة، بدلا من أن تكون كمالية ومبالغ فيها، وذلك بتجزئة العمل إلى سلسلة من الخطوات الصغيرة بحيث يمكن إكمال الخطوة الواحدة منها بخمس عشرة دقيقة، وتذكر أن ما من أحد من المحتمل أن يتمكن من فعل أكثر من خمس عشرة إلى ثلاثين دقيقة من العمل المتواصل المنتج في أي فترة زمنية. ولهذا معنى تقول لنفسك بأن عليك أن تفعل أكثر من ذلك وإذا فعلت أكثر فسيكون هذا كالكسب الزائد تستحق المكافأة عليه.

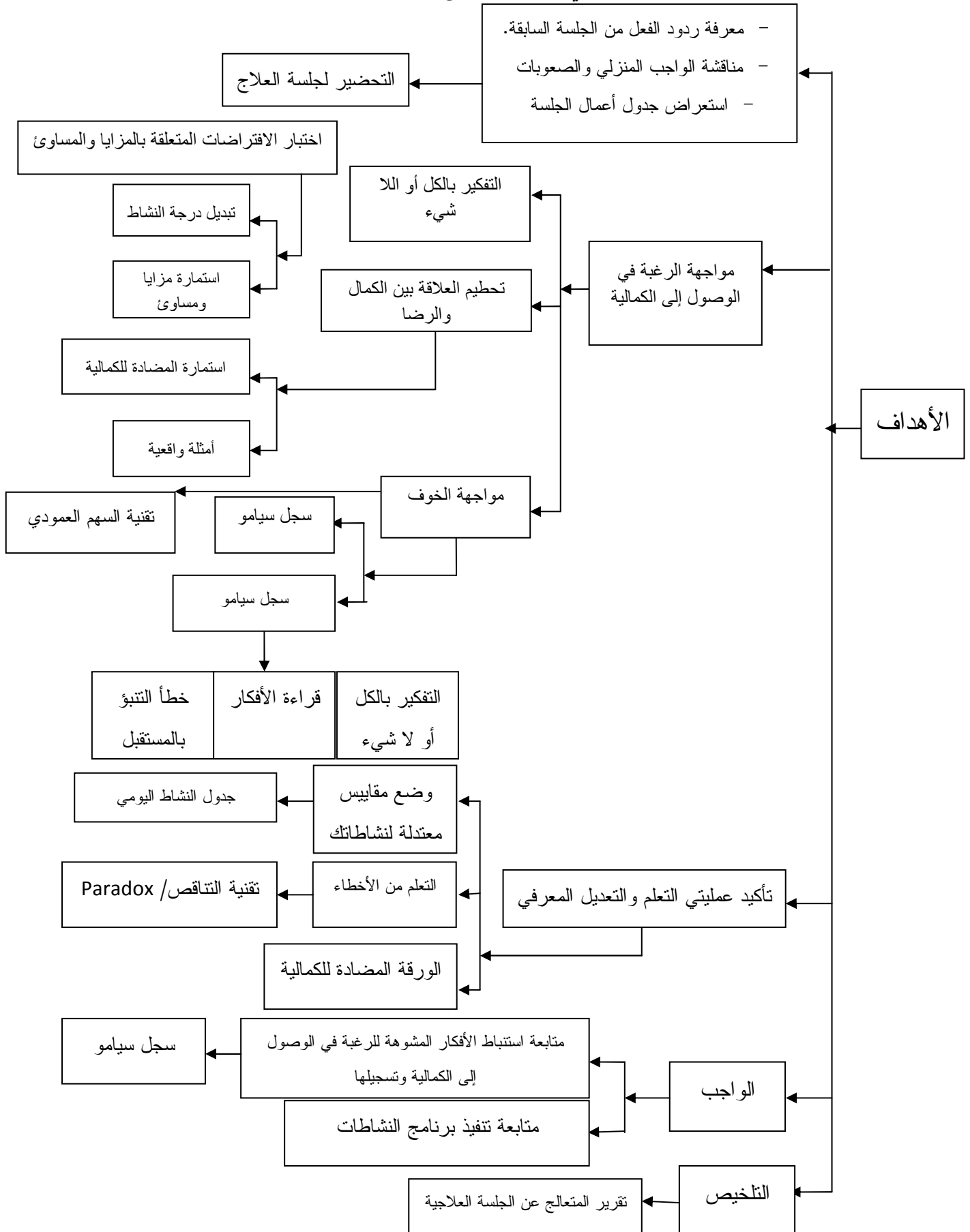
- اطلب من المتعالج في كل مرة، تسجيل درجة إتقانه لكل مهمة وكذلك درجة رضاه ومتعته في الإنجاز لأن ذلك يخفف من مشاعر التوتر ويحرضه على فعل المزيد، وسوف يبدأ الشعور باسترخاء وإنتاجية أكثر.

- الآن وبعد أن بدأت بالقيام ببعض المهمات، فمن المهم أن تفخر بنفسك بدلا من الانتقاص من قيمة جهودك، فالمكافأة المعنوية سوف تمنحك دفعا في التحريض وإذا شعرت بأن ما تفعله لا يهم وأن جهودك ليست جيدة بما يكفي فلن يكون هنالك أي فرق بين أن تكون حائزا جائزة نوبل أو بستانيا. فالحياة ستبدو لك فارغة تافهة، لأن موقفك المتجهم سينتزع البهجة من كل محاولتك وسيهزمك حتى قبل أن تبدأ، فلا عجب أن تشعر بانعدام الدافعية، ولعكس هذا الميل المدمر لنفسك فإن عليك أولا: تحديد أفكار انتقاص الذات التي تؤدي إلى شعورك على هذا النحو في المقام الأول (وكنت قد تعلمت ذلك في جلسات سابقة) ثم أجب عن هذه الأفكار واستبدالها بأفكار تكون أكثر موضوعية وصادقة للذات. وعندما يتضح لك بأن الأمور ليست كما كنت تأمل فيمكنك أن تتعلم من التجربة وتتقدم بدل الاستسلام والتقيرير بأنك فاشل.

- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (21): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -12-

مواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال





## الجلسة الثانية العشرة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- مواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال.
- 3- تعلم الاستماع بالأشياء التي تفعلها.

## الأدوات والتقنيات

سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو - استمارة مزايا ومساوى - الاستمارة المضادة للرغبة في الوصول إلى الكمال - تقنية القياس - تقنية السهم العمودي - تقنية التناقض - استمارة التحضير لجلسة العلاج - استمارة جدول النشاط اليومي - استمارة الإتقان والرضا - تقرير المتعالج الجلسة العلاجية.

## الإجراءات:

- يبدأ المتعالج الجلسة بالتعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة، ويناقش معه الواجبات المنزلية والصعوبات إن وجدت، وبعدئذ يستعرض جدول أعمال الجلسة.
- لمواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال عند المتعالج ينطلق المتعالج من أساس هذه الفكرة وهو التفكير بالكل أو اللاشيء، فهو يجعلك تخشى أي خطأ أو نقص لأنك عندئذ سترى نفسك خاسرا وستشعر بالنقص وانعدام القيمة.
- قم بإعداد قائمة بمزايا ومساوى أن تكون مثاليا باستخدام قائمة مزايا ومساوى ولنختبر معا افتراضاتك المتعلقة بالمزايا (انظر الملحق 23)، ومثل العديد من الناس لربما تعتقد: "إنني من دون الوصول إلى الكمالية سوف أكون لا شيء ولن أتمكن من إنجاز أي شيء إنجازا مؤثرا" أعتقد بأنك لم تختبر هذه الفرضية إطلاقا لأن اعتقادك بالنقص وعدم الكفاءة مجرد عادة عفوية ولم يخطر لك يوما أن تناقشها. فربما تكون ناجحا على الرغم من الكمالية وليس بسببها! هناك تجربة تسمح لك بالتوصل إلى حقيقة هذا الأمر:

- جرب تبديل مقاييسك في نشاطات متنوعة ، باستخدام تقنية القياس بحيث يمكنك أن ترى كيف يكون أدائك تتبعا للمقاييس العالية، المتوسطة، والمنخفضة غير التي كنت تضعها سابقا لنشاطاتك، وسوف تدهشك النتائج.

- تعلم الاستمتاع بالأشياء وبالحياة إلى أقصى حد، فإذا كنت ملزما بالوصول إلى الكمالية فلربما كنت تعتقد أنك دون الهدف نحو الكمال فلن تتمكن من الاستمتاع بالحياة إلى أقصى حد أو تجد السعادة. يمكنك اختبار هذه الفكرة باستخدام الاستمارة المضادة للرغبة في الوصول إلى الكمال (انظر الملحق 34). سجل المقدار الفعلي للرضا الذي تحصل عليه من مجموعة واسعة من النشاطات، كزيارة صديق، القيام بنزهة، أداء بالورق، كتابة رسالة... الخ والآن قدر مقدار الكمال الذي أنجزت فيه كل نشاط بنسبة من صفر إلى مئة فضلا عن تحديد مقدار الرضا بنسبة من صفر إلى مئة بالمائة. إن هذا سوف يساعدك على التخلص من الارتباط الوهمي بين الكمال والرضا. إن الاستمارة المضادة للرغبة في الوصول على الكمال تقد فرصة للمتعالج لكي يخبر بها فكرة عدم وجوب أن يكون كاملا في شيء ما لكي يستمتع به. والأكثر من ذلك أن النضال من اجل الرغبة في الوصول إلى الكمالية والانجاز الاستثنائي لا يضمن لك السعادة وإنما في الواقع يميل إلى الارتباط بنقص الرضا المتكرر. وسترى بأنك أمام خيارين إما أن تتخلى عن الدافع القسري لديه نحو الكمال وتستقر في عيش ملؤه البهجة والإنتاجية العالية، أو أن تجعل سعادتك في المقام الثاني من الأهمية الثانوية أن يسعى دوما نحو كل ما هو عظيم وأن يستقر في كرب انفعالي وإنتاجية معتدلة. فأيهما ستختار أنت؟ جرب الاستمارة السابقة، واختبر نفسك، ثم اختر.

- ناقش ما اختاره المتعالج، ولتفرض أنك قررت التخلي عن رغبتك في الوصول إلى الكمال ولو على الأقل من منطلق التجربة لكي ترى ماذا يحدث ولكن مازالت تلح عليك فكرة أنك تستطيع حقيقة أن تكون كاملا على الأقل في بعض المجالات. إذا عملت جاهدا بما يكفي بأنك حينما تحقق هذا فإن شيئا سوف يحدث. دعنا نلقي ثاقبة لنرى إن كان هذا الهدف واقعا. هل وافق نموذج الكمال الواقع في يوم من الأيام؟ هل صادفت يوما أي شيئا بشكل شخصي وكان كاملا جدا لدرجة أنه لا يمكن أن يتحسن؟ لاختبار هذا انظر حولك الآن لترى كيف يمكن لكل الأشياء أن تتحسن. مثلا - طريقة لباس شخص ما، ترتيب الأزهار، لون ووضوح صورة

التلفزيون، جودة صوت مطرب ما، تأثير قراءة فصل في كتاب وفعاليتها، وأي شيء آخر على الإطلاق. إنني أعتقد أنه يمكنك دوماً أن تجد طريقة ما يمكن فيها تحسين شيء ما. قم بتجربة مثلاً عندما تكون ماشياً في طريق أو تشاهد فيلماً في التلفاز وكانت الأشياء التي تلاحظها تفتقر إلى الكمال بشكل واضح بحيث يمكنك إيجاد العديد من الطرائق لتحسينها ثم توصلت إلى مجال مشكل... لقد رأيت شاباً يبدو أنيقاً بلباسه، قد يبدو لك للوهلة الأولى بأنه مثالي ولم تستطع التفكير بأن كل وسيلة يمكن أن تحسن مظهره، بدأت تشعر بالهلع وبأن فلسفتك المضادة للرضا في الوصول إلى الكمالية تذهب أدراج الرياح وبعد أن أمعنت النظر في المشهد وجدت أشياء غير مكتملة فيه غير المنطقي أو بعض سلوكيات غير المضبوطة، إن هذا سيساعدك بأن أي مقياس للكمال لا يلائم الواقع فلماذا إذن لا يتم التخلي عنه؟ إنك تضمن لنفسك أن تكون خاسراً حتماً إن أنت حافظت على مقياس لتقييم أدائك ولا يمكنك مجاراته يوماً، فلم تضطهد نفسك أكثر من ذلك؟

- وهناك طريقة أخرى للتغلب على الرغبة في الوصول إلى الكمال تتضمن مواجهة الخوف. فربما كنت لا تدرك أن الخوف يتوارى دوماً وراء الكمالية. إن الخوف هو الوقود الذي يوجب الدافع الذي لا يقاوم لديك على تحسين الأشياء وصقلها حتى تصل إلى القمة. إذا اخترت أن تتخلى عن الرغبة في الوصول إلى الكمال فعليك أولاً أن تواجه هذا الخوف. فهل أنت مستعد وراغب بذلك؟ فبعد كل شيء هناك مكافأة في الرغبة في الوصول إلى الكمالية وهي تحميك ربما من خطر الانتقاد، الفشل، أو عدم الاستحسان. إذا قررت البدء بغل الأشياء بدءاً من أقل كمالاً فإنك قد تشعر في البداية بالارتجاف وكان هنالك زلزالاً على وشك الحدوث في مدينتك. يمكنك استخدام تقنية السهم النازل العمودي للكشف عن الافتراض الصامت الذي يسبب لك هذه الطريقة المتوترة في العيش، أي عن منشأ هذا الخوف. كما يمكنك أيضاً استخدام السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً. وعندما يتم تدوين الأفكار التلقائية المزعجة، تصبح في حالة تمكنك من التحديد الدقيق لأخطائك (التشوهات) في التفكير. وأكثر التشوهات وضوحاً هي: التفكير بالكل أو اللا شيء، قراءة الأفكار، وخطأ التنبؤ بالمستقبل. هذه التشوهات توقعك في فح العيش بطرائق كمالية صارمة يمكنك استبدالها بسؤال نفسك وباستخدام تقنية العامود المزدوج أو السهم العمودي (انظر الملحق 9 والملحق 10) وبدلاً من أن تتهرب من مخاوفك، اجلس ساكناً وواجه

"البيع!" اسأل نفسك: "م أخاف؟" "ما هو أسوأ ما يمكن أن يحدث؟" دون أفكار التلقائية، واستبدالها باستجابات عقلانية عندما تحصل على دلائل منطقية. سيكون الأمر مزعجا في البداية. ولكن إذا كنت حازما وتحملت الإزعاج فإنك ستهزم مخاوفك لأنها تركز أساسا على الأوهام. إن الانتعاش والابتهاج الذي ستعيشه عندما تقوم بهذا التحول من حالة القلق والانزعاج على حالة المواجهة والقتال يمكن أن تكون طريقة واثقة وأكثر حزما في الحياة.

- كما تتضمن مواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال تتضمن افتراض المسؤولية هن حياتك بوضع حدود زمنية صارمة على كل نشاطاتك لمدة أسبوع وهذا سوف يساعدك على تغيير منظورك ويمكنك التركيز على دفق الحياة والاستمتاع بها. إذا أردت الوصول إلى الكمال فلربما تكون مماطلا. لأنك تصر على فعل الأشياء بشكل كامل وبتمكن.

- ضع أهدافا معتدلة لانجازها، ونظمها على جدول عمل نشاط يومي (انظر الملحق 28) محدد الزمن الذي سوف تخصصه لكل نشاط. واترك هذا النشاط مع نهاية الزمن الذي خصصته له سواء أكملته أم لم تكمله، وانتقل إلى المشروع التالي.

- تعلم ارتكاب الأخطاء، ولا تخشى من ذلك، فالعالم لن ينتهي إذا ارتكبت خطأ؟ والبشر يرتكبون الأخطاء، وأغلبهم لا يشعرون بالارتياح تجاه الناس الذين يريدون الوصول إلى الكمال، كما أنك لن تموت إذا ارتكبت أخطاء ويمكنك أن تستخدم لذلك تقنية السهم العمودي النازل (الملحق 13) أو تقنية التناقض Padox وذكر نفسك دوما بأن العالم لن ينتهي إذا ارتكبت أخطاء وقل لنفسك في كل مرة تضطهد نفسك لأنك ارتكبت خطأ "من المفترض أن ارتكب ذلك الخطأ لأنني بشر" "والبشر ليسوا معصومين عن الخطأ" وبالإضافة لذلك اسأل نفسك: "ماذا يمكنني أن أتعلم من أخطائي" "هل هناك شيء يتأتى عن هذا الخطأ؟"

- تذكر خطأ ما ارتكبته، دون كل ما تعلمته منه، فالإنسان ويتعلم ويتطور من خلال ارتكاب الأخطاء. إنك تعلمت فيها كيف تتكلم وتمشي وتفعل كل شيء. فهل أنت راغب بالتخلي عن نوع كهذا من التطور؟

- لا تتخلي عن قدرتك على أن تكون مخطئا، لأنك حينما تخسر هذه المقدرة فإنك ستفقد القدرة على التقدم. في الواقع فكر فقط كيف ستكون عليه الحال لو كنت كاملا. لن يكون هناك ما تتعلمه وما من طريقة للتحسن وسوف تفرغ الحياة من أي تحد أو أي رضا يأتيك حينما

تتمكن من شيء ما يحتاج إلى جهد. سيبدو المر وكأنك تمضي بقية حياتك في روضة للأطفال. سوف تعرف كل الإجابات وتفوز بكل اللعاب. وكل مشروع سيكون نجاحه مضمونا لأنك تفعل كل شيء فعلا صحيحا. ولن تمنحك المحادثات مع الآخرين شيئا لأنك تعرف سلفا كل شيء. والأهم من ذلك كله لن يحبك احد أو يقيم علاقة معك، وسيكون من المستحيل عليك أن تشعر بالحب تجاه شخص ما لا عيب فيه ويعرف كل شيء، وسيؤدي بك ذلك غلى الوحدة والعزلة والملل والتعاسة؟.

- اسأل المتعالج هل لا زال متمسكا بالرغبة في الوصول إلى الكمال بعد شرح كل ما سبق؟

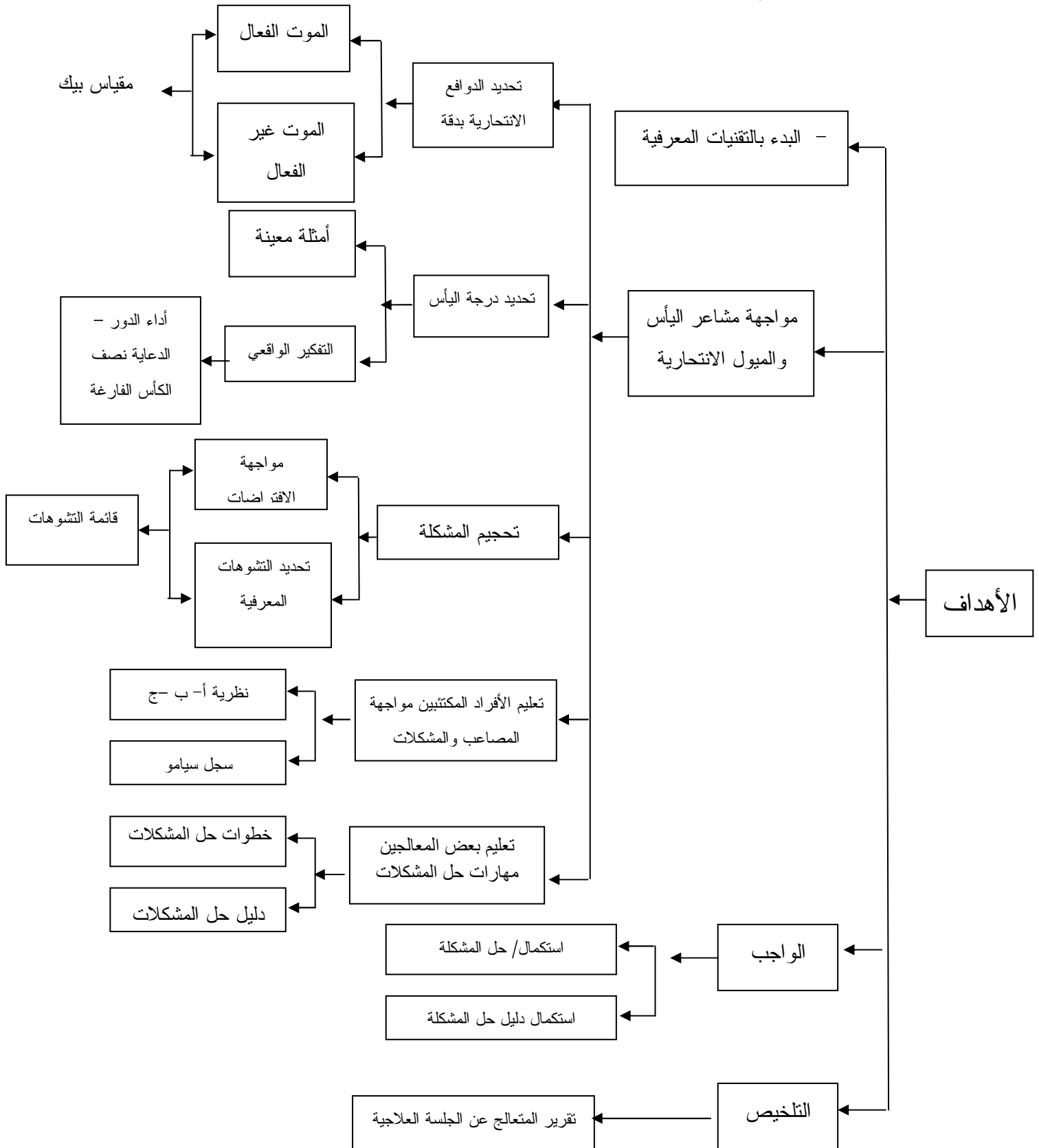
- اطلب من المتعالج متابعة استنباط أفكاره المشوهة للرغبة في الوصول إلى الكمال، ثم تسجيلها في سجل الأفكار المختلة وظيفيا.

- اطلب من المتعالج متابعة تنفيذ نشاطاته وتسجيلها على استمارة الإتيقان والرضا (انظر الملحق 28).

- لخص مجموع النقاط الرئيسية.

الشكل (22): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -13-

مواجهة مشاعر اليأس والميول الانتحارية



## الجلسة الثالثة العشرة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- مواجهة مشاعر اليأس والميول الانتحارية.

## الأدوات والتقنيات

سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو - قائمة التشوهات المعرفية - تقنية أداء الدور - تقنية الدعاية - نصف الكأس الفارغ - تقنية حل المشكلات - استمارة دليل حل المشكلات - تقنية التدريب على المهارات الاجتماعية.

## الإجراءات:

- يمكنك البدء مباشرة مع الأفراد الذين لديهم رغبات انتحارية واضحة بالتقنيات المعرفية، وبمواجهة التفكير المشوه لديه. ويمكن أن تكون ترتيب هذه الجلسة في موقع آخر وذلك حسب حالة كل متعالج، والميول الانتحارية لدى كل منها.
- التوضيح للمتعالج بالقول: إن شعورك اللاواقعي باليأس هو أحد أكثر العوامل الحاسمة في تطوير رغبة انتحارية جدية. ولكنه لا يعطيك مبررا للإقدام على الانتحار، وبسبب تفكيرك المشوه، فإنك ترى نفسك في فخ يبدو أنه لا نجاة منه... فتسارع إلى الاستنتاج بأن مشاكلك لا حل لها، ولأنك تشعر بأن معاناتك لا يمكن احتمالها وتبدو لا نهاية لها فإنك تستنتج استنتاجا خاطئا بأن الانتحار هو سبيلك الوحيد إلى النجاة. ابحث عن المساعدة أولا تفكر بالانتحار لدقيقة واحدة، واتبع هذه الإجراءات ستساعدك على تحديد سبل الخلاص من شرك الانتحار:
- تعرف إلى دوافعك الانتحارية، فمن المهم لك معرفة كيف تحدد بدقة تلك الدوافع الانتحارية التي تعتبر الأكثر تهديدا. في مقياس بيك. (انظر الملحق 3) تشير أسئلة المجموعة التاسعة من مقياس بيك للاكتئاب إلى أفكارك الانتحارية ودوافعها. فإذا ما تحققت من وجود

واحد، اثنين، ثلاثة أو أربعة على هذه الأسئلة فإن التخيلات الانتحارية موجودة ومن المهم تقييم جديتها والتدخل إذا لزم الأمر.

- ناقش مع المعالج تخيلاتك الانتحارية ودوافعك إليها، ولا تتبالغ في فرض الحظر على مناقشتها فهذا سيشعرك بارتياح وسيكون لديك فرصة أفضل بكثير لفك الاندماج بين غريزتي الحياة والموت.

- اسأل نفسك عن أفكارك الانتحارية، هل لديك أوقات تتمنى فيها لو كنت ميتا؟ إذا كان جوابك نعم فهل تمنى الموت فعال أم سلبي (غير فعال)؟ إن تمنى الموت السلبي، هو أن تفضل لو كنت ميتا ولكنك لا تكون راغبا بالإقدام على خطوات فعلية للقيام بذلك، كأن تستيقظ وأنت مصاب بسرطان ثم تموت بسلام. أما تمنى الموت الفعال فهو الأكثر خطرا. ماذا كنت تخطط بجدية لمحاولة انتحارية فعلية فمن المهم إذن أن تعرف التالي: هل فكرت بالطريقة ما هي الطريقة؟ هل أعددت خططا؟ ما هي التحضيرات التي جهزتها؟ كقاعدة عامة كلما كانت خطتك أكثر تماسكا وتحديدا وأفضل صياغة زاد احتمال أنك فعليا قد تقدم على محاولة الانتحار.

- حدد درجة يأسك بسؤال نفسك "هل اعتقد أنه ليس لدي أي فرصة للتحسن على الإطلاق؟ هل أشعر أنني قد استنفدت كل إمكانيات العلاج وبأن شيئا ما لا يمكن احتمالها وأنها تنتهي إطلاقا؟" إذا كان جوابك على هذه الأسئلة نعم فغن درجة يأسك عالية وهي ذات أهمية قصوى في محاولة الإقدام على الانتحار.

- ابحث مع المتعالج فيما إذا كان واقعا في أفكاره عندما يفكر في هذا الأمر، ويمكنك أن تسأله "ما الذي يحرصك على قتل نفسك؟ ما هي المشكلة في حياتك التي تبدو رهيبة جدا لدرجة لا حل لها؟" ومن ثم ساعد ذلك الشخص عن كشف التفكير غير المنطقي الذي يكمن وراء الدافع الانتحاري بأسرع وقت ممكن. وعندما تبدأ بالتفكير بواقعية أكثر فإن شعورك باليأس ورجبتك في إنهاء حياتك سوف تتلاشى وينشأ لديك حافز داخلي للحياة. وبالتالي فإنني أنصح الأفراد المستعدين للانتحار بالبهجة بدلا من الموت، وأحاول إن أبين لهم كيف يحققون ذلك بأسرع ما يمكن باستخدام فنيات (أداء الأدوار، نصف الكأس الفارغ، الدعابة، تحجيم المشكلة.. الخ) للكشف عن التشوهات المعرفية التي تزيد الحافز الانتحاري للمكثب (راجع قائمة التشوهات الملحق 15) مثل التصفية الذهنية، التضخيم، القفز إلى الاستنتاج، الانتقاص من المزايا الإيجابية.



- حجم مشكلتك فربما تشعر بالافتقار بأن لديك مشكلة لا حل لها في هذه الحياة... وتشعر بأنك واقع في فخ لا مفر منه. وهذا قد يؤدي إلى إحباط شديد جدا أو حتى غلى دافع دخلي لقتل نفسك كسبيل وحيد للنجاة.

- واجه المتعالج المكتئب بما يخص نوع الفخ الذي يرى نفسه فيه بالضبط، وقلل من شأن مشكلة هذا الشخص التي لا حل لها فإنك ستجد ثابت أن هذا المتعالج مخدوع. في هذه الحالة تكون مثل ساحر شرير تخلق وهما شيطانيا وجهنميا بالسحر النفسي. إن أفكارك المنحرفة وافتراساتك الخاطئة وليس الواقع هي التي تسبب لك المعاناة. وعندما تتعلم كيف ترى الأمر من الوجه الآخر فإنك سترى بأنك تخدع نفسك وأن الدافع الداخلي الذي يدفعك إلى الانتحار سوف يختفي، ويمكن التركيز على نظرية أ- ب - ج التي تعلمها في الجلسات السابقة واستخدامها في شرح ما سبق مستعينا بسجل الأفكار المختلة وظيفيا (سيامو).

- علم الأفراد المكتئبين بأن كل الناس لديهم مشاكل واقعية منها المالية، العلاقات مع الآخرين، مشاكل صحية... الخ ومن الممكن مواجهة هذه المصاعب بأسلوب منطقي وعقلاني ودون انتحار، وإن مثل هذه المواجهة يمكن أن تكون مصدر ارتقاء المزاج والتطور الشخصي.

- إن الأفكار المشوهة (كما تعلمت سابقا) هي فقط التي يمكن أن تسبب لك لاكتئاب، وهي التي يمكن أن تسلبك الآمال الصحيحة أو تقلل من احترام الذات وتقديرها، ولا يمكن للمشاكل الواقعية لك الاكتئاب ولو إلى أدنى حد، ولم أر يوما مشكلة واقعية لدى متعالج مكتئب لا حل نهائيا مما يستدعي الانتحار.

- إن المواجهة الواقعية للتحديات السابقة يمكن أن تكون مصدر ارتقاء المزاج والتطور الشخصي.

- علم المتعالجين الذين يفتقرون لمهارات في حل مشاكلهم سلسلة من الخطوات تساعدهم على المضي في التفكير في حلول مرضية لمشاكلهم أو التكيف بطريقة بناءة أكثر. ويستخدم لذلك تقنية التدريب على المهارات الاجتماعية.

- اكتب خطوات حل المشكلات للمتعالج على ورقة (تحديد المشكلة - توليد حلول مناسبة للمشكلة - تقييم الحلول واختيار الحل الأمثل - تخطيط كيفية انجاز الحل) وبجانب كل خطوة اترك فراغا ليكتب المتعالج استجابته ويمكن أن يعمل المعالج والمتعالج خلال الجلسة على

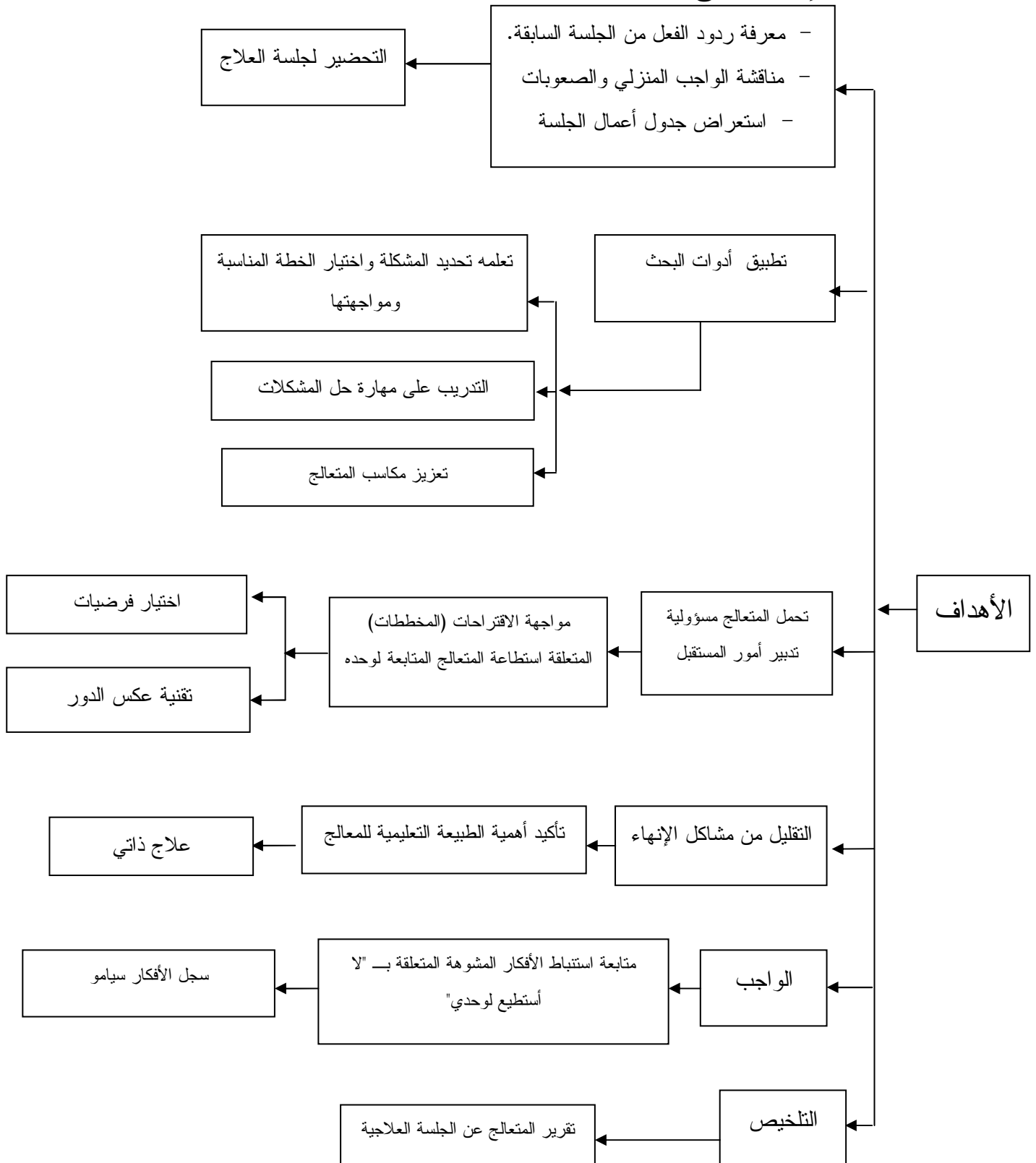
مشكلة ما من مشاكل المتعالج ثم يطلب المعالج من المتعالج أن يكمل استمارة حل المشكلة كواجب منزلي ودليل حل المشكلات. (انظر الملحق 26).

- إذا وجد المتعالج صعوبة في توليد حلول بديلة شجعه على تدوين كل الحلول الممكنة حتى لو بدت حلولاً سيئة فهذا يساعد المتعالج في الجلسة التالية على تقييمه للحلول أمامك واختيار الأفضل.

- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (23): يبين سير الجلسة العلاجية رقم -14-

إعادة تطبيق بعض التقنيات



## الجلسة الرابعة العشرة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- تأكيد أهمية مسألة الإنهاء (Beck et.al 1979, pp317-327) (المحددة سابقا من العقد العلاجي بين المعالج والمتعالج) فالجلسات العلاجية لن تبقى مستمرة إلى وقت غير محدد بل ستنتهي في جلسة قادمة.
- 3- التقليل من مشاكل الإنهاء عن طريق تأكيد أهمية الطبيعة التعليمية للمعالجة.
- 4- تدريب المتعالج على المهارات السلوكية والمعرفية التي تعلمها في الجلسات السابقة.
- 5- تحمل المتعالج مسؤولية تدبير أموره في المستقبل وحل مشكلاته بنفسه دون مساعدة المعالج.

## الأدوات والتقنيات:

- عكس أداء الدور - تقنيات المهارات (حل المشكلات - التدرج في المهمات - الاسترخاء - جدول النشاطات...الخ) إن وجدت ثم يستعرض جدول أعمال الجلسة.

## الإجراءات:

- بعد التعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة يناقش المعالج الواجبات المنزلية وكذلك المعوقات إن وجدت ثم يستعرض جدول أعمال الجلسة.
- وضح للمتعالج بأنه أصبح قادرا على تحديد مشكلاته، واختيار الخطة المناسبة لمواجهتها، سيتعلم كيف يصبح معالجا لنفسه. وفي هذه الحالة لا يتوقع أن يكسب المتعالج تفوقا كاملا في التعامل مع نماذج معينة من المشاكل بل يجب تأكيد أهمية النمو والتطور والخبرة التي اكتسبها وتعلمها خلال جلسات العلاج المعرفي - السلوكي، وانه سيكون لدى المتعالج متسع من الوقت بعد العلاج كي يتدرب أكثر على المهارات السلوكية - المعرفية في المواجهة. ويمكن

إعطائه استمارة جلسة العلاج الذاتي لمساعدته في مواجهة مشاكله المستقبلية (انظر الملحق 31).

- إذا بدر من المتعالج شكوك واهتمامات حول كيفية إنهاء العلاج بقوله مثلا "لن أكون قادرا على ضبط نفسي بعد أن ينتهي العلاج" "لا أستطيع معالجة مشاكلتي بنفسي" فلا بد من تذكيره بأن هذه أفكار وليست حقائق وعليه أن يتعامل معها بالطلب إليه كتابة قائمة بأفكاره المختلفة وظيفيا حول إنهاء العلاج وهنا يمكن للمعالج أن يذكر المتعالج بمواقف مر بها خلال الجلسات السابقة كان قد تدبر أمر مشكلة ما صعبة على مسؤوليته.

- اشرح للمتعالج أنه لا يتوقع منه أن يكون لديه تفوق كامل في مواجهة مشكلاته النفسية، ولكنه سوف يتعلم مع كل محاولة من أخطائه أفضل طريقة لتحسين مهارته (يمكن ذكر مثال تعلم أية مهارة لدى الشخص: لغات، رياضة، حرفة... الخ) هي مواجهة المشكلة فالنمو ينشأ من خلال التفاعل بين الأخطاء، فكل خطأ يمكن أن يعتبر إيجابيا من حيث كونه جزءا من المعلومات وجزءا في تحسين مهارة حل المشكلات.

- التأكيد للمتعالج أن العلاج المعرفي - السلوكي ليس سحرا وليس شفاء. ولكنه يزيل كل المشكلات فإذا كنت إنسانا ناجحا يعني أن تتعامل مع المشكلات وأن المعالج يقدم لك أدوات تساعدك في هذه المواجهة وليس دواء شافيا إلى الأبد.

- شجع المتعالج النظر إلى مشاكله المستقبلية كتحديات، لأن ذلك سوف يساعده على تعزيز مكاسبه ويمكن إعطاؤه استمارة دليل إلى جلسات التعزيز كمساعد لذلك (انظر الملحق 36).

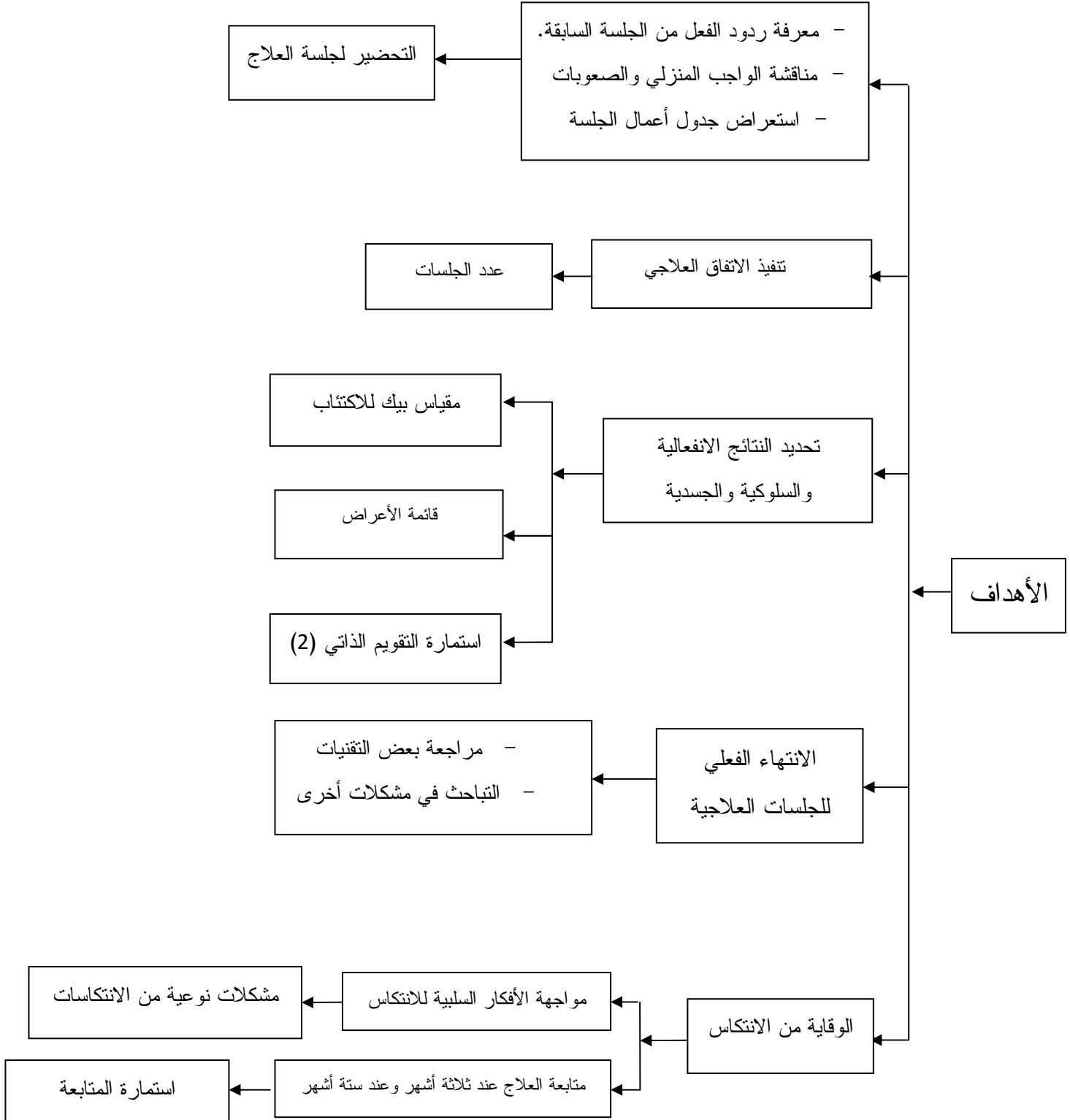
وإذا بدا المتعالج عاجزا عن المتابعة دون المعالج ولا يستطيع التحكم بمشاعره وانفعالاته فعلى المعالج أن يبرهن له العكس؛ أي أنه قادر على التحكم بشعوره وذلك باستخدام إجراء معياري.

أ- اطلب إليه أن يفكر تفكيرا سلبيا عن نفسه وعن مستقبله بقدر ما يستطيع. ومن ثم أن يقوم مشاعره المكتئبة من صفر حتى المائة. بعد ذلك يجيب المتعالج عن أفكاره السلبية،

- بأفكار عقلانية، ثم يعيد تقويم انفعالاته، وغالبا ما يصل المتعالج بهذا الإجراء على دحض اعتقاده في انه غير قابل للتعامل والتحكم مع مشاعره عندما يترك العلاج.
- ب- تركه لمدة ثلاثة أو أربعة أسابيع لاختبار فرضية "لا أستطيع المواجهة" في نهاية الوقت المحدد سيرى المتعالج هل كان ذلك اعتقادا صحيحا أم خاطئا؟
- ت- إذا لم تفد الطريقة السابقة يمكن أن تقدم له هذا الإجراء بأن يؤدي المعالج دور المدافع عن الشر فيقدم العديد من أفكار المتعالج السلبية بينما يحاول المتعالج أن يجيب على هذه الأفكار وتدعى هذه التقنية تقنية عكس الدور؛ "أي يؤدي المعالج فيها دور المتعالج، ويؤدي المتعالج دور المعالج، وتساعد هذه التقنية على تطعيم (اللقاح) المتعالج ضد الانتكاس" ( Trower et. Al,1999, p.90 ).
- اطلب من المتعالج متابعة استنباط أفكاره المشوهة للافتراض "لا أستطيع وحدي".
- لخص النقاط الرئيسية للجلسة.

الشكل (24) يبين سير الجلسة العلاجية رقم -15-

الإنهاء الفعلي ، الوقاية من الانتكاس



## الجلسة الخامسة العشرة:

## الأهداف:

- 1- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجبات، ثم استعراض جدول أعمال الجلسة.
- 2- تنفيذ الاتفاق المعقود بين المعالج والمتعالج والمحدد بعدد الجلسات.
- 3- تطبيق أدوات البحث (مقياس للاكتئاب - استمارة التقويم الذاتي... الخ)
- 4- الإنهاء الفعلي للجلسات
- 5- الوقاية من الانتكاس.

## الأدوات والتقنيات:

مقياس بيك للاكتئاب - استمارة التقويم الذاتي - قائمة الأعراض - إعادة أية تقنية سابقة يطلبها المتعالج- استمارة المتابعة - استمارة جلسة العلاج الذاتي- استمارة جليل إلى جلسات التعزيز- مشكلات نوعية من الانتكاسات- استمارة التحضير لجلسة العلاج - تقرير المتعالج الجلسة العلاجية

## الإجراءات:

- بعد التعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة يناقش المعالج الواجبات المنزلية وكذلك المعوقات إن وجدت ثم يستعرض جدول أعمال الجلسة.
- غالبا ما يكون المتعالج غير مندفع لأن يستمر بالعلاج عندما يشعر بأنه أفضل حالا ويمكن أن يسأل المتعالج عن مشكلات أخرى يريد التباحث فيها كإنقاص الوزن أو مشاكل للأولاد... الخ أو إعادة تقنية يجد المتعالج نفسه أنه بحاجة إليها. وعندما يتأكد المعالج من ان المتعالج أصبح جاهزا للانفصال يترك الأمر مفتوحا للمتعالج على أن يعود إذا شعر بقلق أو اكتئاب فيما بعد.
- اطلب إلى المتعالج أن يملأ استمارة مقياس بيك للاكتئاب واستمارة التقويم الذاتي (أنظر الملحق 10) وبقية أدوات البحث التي طبقت في الجلسة العلاجية الأولى لمعرفة مدى



التحسن في الأعراض الاكتئابية إن الوقاية من الانتكاس جزء مهم من العلاج (انظر الملحق 32) وعلى المعالج أن يتوقع ذلك ولا بد له من جعل المتعالج يدرك أهمية الوقاية والحاجة إلى المراقبة المستمرة لمزاجه، فالشفاء التام للمتعالج من أعراضه كما يقول روجزره ربما لن يلاحظه المعالج أبداً حتى في الجلسات العلاجية الأخيرة (راتيان وآخرون: 2002: 123).

- لذلك يجب على المعالج متابعة العلاج بعد شهر، بعد ثلاثة أشهر، بعد ستة شهور. ويمكن خلال المدة الاتصال وتحديد موعداً لجلسة إضافية داعمة أو لتقرير نجاح ما، ويمكن لاستمارة دليل واستمارة العلاج الذاتي واستمارة المتابعة أن تساعد في زيادة مسؤولية المتعالج في مواجهة الصعوبات وبالتالي المحافظة على تحسنه في انخفاض حدة أعراضه (انظر الملحق 31، 33، 34).

- إن هذا التواصل المستمر يقلل من الانتكاس في الأعراض، لأن المعالج المعرفي - السلوكي المعلم والشريك دائماً مع المتعالج.

### خلاصة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل كيفية تصميم خطوات برنامج التدخل العلاجي ضمن أسلوب نموذجي للعلاج المعرفي - السلوكي، تم تجريبه استطلاعياً مع عدد من المتعالجين المكتئبين المراهقين مرضى السكري بشكل فردي، وتعليمهم بعض المهارات التي تساعد في مواجهة الصعوبات النفسية وتم تطويره حتى أصبح بصورته النهائية.

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

**تمهيد:**

تهدف الدراسة إلى تعليم مرضى السكري من المراهقين بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية للمرض، وتأثير هذا التعليم على الجوانب العضوية للمرض، كما تهدف إلى تطبيق أسلوب من أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ومدى فعاليته في تخفيف حدة الاكتئاب لدى عينات المرضى، وفي الفصول السابقة تطرقت الباحثة بالتفصيل إلى مرض السكر وردود الفعل النفسي له، وعن الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي، كما قامت الباحثة باستعراض الدراسات العلاجية وأساليب العلاج النفسي المستخدمة، وخلصت منها إلى صياغة فروض البحث، ولكي تتحقق الباحثة من صحة فروضها قامت بعدد من الإجراءات تمثلت في تجهيز أدوات القياس، ودراسة استطلاعية على عينة لها نفس مواصفات العينة الأصلية للدراسة، بهدف تدريب الباحثة على استخدام هذه البرامج والتأكد من صلاحيتها للتطبيق وبعد ذلك قامت الباحثة بإجراء الدراسة الأساسية.

**6-1- التصميم المنهجي للدراسة:**

تعتبر الدراسة الحالية من الدراسة التجريبية نظر لاهتمامها بالتعرف على فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي (علاج معرفي "بيك"). في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال. والتصميم المستخدم لفحص أثر المتغير المستقل وهو العلاج المعرفي على المتغير التابع وهي المتغيرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى الأطفال المراهقين السكريين الذي يعانون من الاكتئاب بعد انتهاء تطبيق البرامج العلاجية.

حيث يهتم الباحث عن طريق برنامج العلاج المعرفي السلوكي في إحداث انخفاض في حدة الاكتئاب لدى الأطفال، وذلك بتحسين تقدير الذات، والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية ومفهوم اليأس لديهم (المتغيرات التابعة) وهو تصميم المجموعة المستقلة (بين المفحوصين) المتكافئة عشوائياً، وذلك بقياسات قبلية وبعديّة وتتبعية. (فؤاد أبو حطب، أمال صادق، 1991: 394، 400)

والتصميم التجريبي الذي اتبعته الباحثة في بحثها هو التصميم الذي يتضمن مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة فقط، حيث تم من خلال دراسة أثر كل من العلاج المعرفي، في خفض الاكتئاب لدى الأطفال المترددين على التصميم التجريبي المراحل التالية:

- 1) مرحلة القياس القبلي Pre-Test
- 2) مرحلة التدخل العلاجي (البرنامج) Treatment
- 3) مرحلة القياس البعدي Post-Test
- 4) مرحلة المتابعة Followup

### 6-2- إجراءات الدراسة:

#### 6-2-1- عينة الدراسة:

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة بشكل عرضي من مجموعة متعالجين من خلال زيارتها لعيادة خاصة مختصة في معالجة داء السكري والغدد الصماء، ولذلك فإن الطبيب هو الذي قام بتشخيص الحالات وسجلت الباحثة أسماء المرضى الذين تراوحت أعمارهم ما بين 12 إلى 16 عام . وقد كان تطبيق البرنامج العلاجي على مستوى عيادة الطبيب . والعينة العرضية هي عينة عشوائية ومستقلة تسحب من فئة مناسبة أو متوافرة وهي تختلف عن باقي العينات، من حيث أنها ليست أفضل الفئات، بل هي أكثرها توافراً (حمصي 1991: 119)

**شروط اختيار العينة:** حرصت الباحثة في اختيار العينة على توفر مجموعة من الشروط:

- 1- أن يكون أفراد العينة يعانون من اضطرابات عضوية (مرض السكر) وتم التأكد من ذلك عن طريق الطبيب المعالج المتواجد بالعيادة.
  - 2- التأكد من وجود الاكتئاب لدى أفراد العينة من خلال المقاييس النفسية السيكومترية التي أكدت على وجود هذه الاضطرابات (التشخيص النفسي)
  - 3- ألا يقل المستوى التعليمي لأفراد العينة عن مستوى التعليم الابتدائي
- ولقد قامت الباحثة بتوزيع العدد النهائي وهل هناك عدد آخر؟ لأفراد العينة فكانت كالآتي:
- 1- مجموعة تجريبية تتلقى برنامج العلاج المعرفي السلوكي 8 أفراد (4 ذكور، 4 إناث).
  - 2- مجموعة ضابطة 8 أفراد (4 ذكور، 4 إناث).

استمرت عملية التطبيق الميداني خلال سنة 2008 حتى سنة 2010 وذلك على فترات متصلة بواقع خمسة عشر حصة لكل طفل مريض على حده وتم تطبيق البرنامج العلاجي بطريقة فردية.

ويرجع طول هذه الفترة إلى بعض الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء التطبيق ومنها.

(1) قام بعض الأطفال بعد بداية تطبيق الأدوات والبرنامج بعدم الاستمرار في البرنامج والتخلف عنه.

(2) طول الفترة التي يقتضيها تطبيق أدوات الدراسة، حيث كانت الباحثة تحتاج إلى تطبيق الأدوات على عدة جلسات من خلال القياس القبلي قبل بداية البرنامج أو بعد تطبيق البرنامج مباشرة أو المتابعة بعد شهر من نهاية البرنامج.

#### وصف العينة:

- وفيما يلي وصف عينة الدراسة من حيث الجنس والعمر الزمني.

#### (1) الجنس:

تم اختيار عينة الأطفال من المترددين على العيادة المختصة في علاج مرض السكر والغدد الصماء وهم ممن يعانون من الاكتئاب وتشتمل على الجنسين ذكوراً وإناثاً.

#### جدول (14): بيان أفراد المجموعات الأطفال المكتتبين من حيث الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس المجموعات العلاجية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	8	40	4	40	4	المجموعة الأولى التجريبية
100	8	40	4	40	4	المجموعة الضابطة الثانية

#### (2) من حيث العمر الزمني:

تتراوح أعمار الأطفال في مجموعات الدراسة (المجموعة التجريبية) و(المجموعة الضابطة) بين 11 سنة و 4 شهور إلى 15 سنة و 3 شهور لمتوسط عمري قدرة

(12,73) سنة وانحراف معياري (1,46) وراعت الباحثة التجانس بين المجموعتين في متغير السن وذلك بإجراء تحليل التباين الأحادي في متغير العمر الزمني. جدول (15): تحليل التباين أحادي الاتجاه لتحديد الأعمار الزمنية للمجموعة في كل من المجموعة التجريبية والضابطة

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	1,023	598,533	2	1197,067	بين المجموعات	العمر الزمني
	1,03	584,919	27	15792,8	داخل المجموعات	
	1,02	578.913	29	16989,87	المجموع الكلي	

ف عند مستوى  $0,5 = 3,35$  عند مستوى  $0,1 = 5,49$

ويتضح من الجدول (4) عدم دلالة النسبة الغائبة الخاصة بتأثير الأعمار الزمنية مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من حيث متغير العمر الزمني.

### (3) من حيث المستوى التعليمي:

ولقد تم تجانس أفراد العينة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك ن خلال استخدام  $\chi^2$  لتجانس العينة.

جدول (16): كا<sup>2</sup> لتحديد المستوى التعليمي في المجموعتين لعينة الدراسة

مستوى الدالة	كا <sup>3</sup>	المجموع	المجموعة الضابطة الثانية	المجموعة الأولى التجريبية	الصف الدراسي
غير دالة	0,98	4	2	2	أولى متوسط
		4	2	2	ثانية متوسط
		4	2	2	ثالثة متوسط
		4	2	2	أولى ثانوي

ويتضح من الجدول (5) نجد أن قيمة كا<sup>2</sup> 0,98 وهي قيمة ليست دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم جود فروق بين كل من المجموعات في المستوى التعليمي مما يشير إلى تحقيق التجانس بين المجموعات الثلاث لعينة الدراسة.

#### 6-2-2- الأداة المستخدمة:

قامت الباحثة بإعداد بطارية من الأدوات التي من الممكن أن تجيب عن تساؤلات وفرضيات البحث، وقد كانت هذه البطارية موزعة بين مقاييس سيكومترية ومقاييس إكلينيكية، لذلك فإن الأدوات التي استخدمتها الباحثة في بحثها الحالي كانت موزعة كالآتي:

- (1) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ماريا كوفكس 1982 غريب عبد الفتاح 1911
- (2) قائمة الأعراض كما وضعها رضوان عام 2000
- (3) اختبار اليأس للأطفال من إعداد سعيد سلامة هندية 2003
- (4) مقياس تقدير الذات للأطفال، إعداد فاروق عبد الفتاح موسى-محمد أحمد دسوقي 1991
- (5) مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال إعداد محمد السيد عبد الرحمن 1998

- (6) استمارة مقابلة إكلينيكية . إعداد/الباحثة
- (7) استمارة تاريخ الحالة . إعداد /الباحثة
- (8) جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين . إعداد/الباحثة
- (9) برنامج علاجي أعدته الباحثة للخفض من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المتعالجين المستهدفين في هذا البحث.
- (10) إستمارات وجداول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي
- (11) استمارة التقويم الذاتي

## 2-1- أدوات البحث السيكمترية:

### 2-1-1- مقياس اكتئاب الأطفال:

أعدت هذا المقياس في الأصل "ماريا كوفكس" (1982) للاستخدام في البيئة الأمريكية، وقام "غريب عبد الفتاح" عام (1988) بإعداده وتقنيته، وإعداد معايير له حتى أصبح صالحاً للاستخدام مع الصغار في البيئة المصرية، وقامت "ريما غيشان" (1994) بتعديله وتقنيته ليناسب البيئة الأردنية. وقامت الباحثة في البحث الحالي بدراسة سيكمترية لمناسبته للبيئة الجزائرية.

وقد اشتق هذا المقياس من مقياس Beck للاكتئاب بعد تعديل العبارات بما يناسب مستوى سن الصغار بين (7-18) سنة. ويعتبر "كازدين" (Kazdin) هذا المقياس من أكثر أساليب التقدير الذاتي التي اكتسبت شهرة واستعمالاً في تشخيص الاكتئاب، كما استخدمه الباحثون في اختبارات الصدق لمقاييس اكتئاب أخرى، وذلك نظراً لتميزه بخصائص سيكمترية دقيقة.

### • وصف المقياس:

يتألف المقياس الأصلي من (27) سبع وعشرين فقرة تمثل: الحزن، والهموم والتشاؤمية، ولوم الذات، نوبات البكاء، وسرعة الانزعاج، التردد، التشاؤم، كراهية الذات، تخيلات انتحارية، تصور سلبي للجسم، الشعور بعدم الحب مع الآخرين، سوء التصرف، انخفاض الاهتمامات الاجتماعية التمرد، قلق حول وظائف البدن، الإحساس بالوحدة، الافتقار للأصدقاء،



الإحساس بالفشل انخفاض في الدافعية للعمل المدرسي، تدهور الأداء المدرسي، الانتقاص من الذات.

وكل فقرة من فقرات المقياس تتألف من ثلاث عبارات، وعلى الطفل أن يختار العبارة التي تصف حاله في الأسبوعين الماضيين.

ولقد رتبنا هذه العبارات في الفقرة الواحدة وفقاً لشدة العرض، حيث تتراوح من أعراض خفيفة إلى أعراض شديدة، وتأخذ كل عبارة قيمة تتراوح من (0) إلى (2) وذلك حسب زيادة شدة العرض، حيث وضعت الفقرات بشكل مبسط، بحيث يستطيع الأطفال ابتداء من عمر (8) سنوات الإجابة عليها، وتستغرق مدة الإجابة من (10-20) دقيقة، ويمكن الحصول على درجة الطفل الكلية بالأخذ بمجموع الفقرات وتتراوح الدرجة الكلية من (0 إلى 54).

ولقد اعتبرت كوفكس ، الدرجة التي تميز بين الأسوياء والمكتئبين هي (12)، ويمكن تقسيم الدرجات على المقياس على النحو التالي:

#### جدول (17): الدرجة التي تميز بين الأسوياء والمكتئبين

من (0-12)	غير مكتئب
من (12-15)	اكتئاب خفيف
16 فما فوق	اكتئاب شديد

من خلال فحص الدراسات في نفس المجال وجدت الباحثة أن هذه الدراسات استخدمت أدوات لقياس

الجوانب النفسية النوعية ولكنها خاصة بمرض السكر باستثناء اختبار "بك" Beck للاكتئاب الذي استخدمته دراسات كثيرة وأثبتت صلاحيته لقياس الاكتئاب لدى مرضى السكر مثل دراسات ("ليودم"، "برونسي" 1991 Leedom, procci) ("روي"، "روي" Roy & Roy)

#### الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- الصدق: أشارت نتائج دراسات "سيلور ورفاقه" Saymor, Et.al التي صممت لتحديد الخصائص السيكومترية لمقياس اكتئاب الأطفال إلى صدق الأداة، على مجموعة (294) تلميذاً من المدارس، و (269) طفلاً من المرضى النفسيين في المستشفيات.

وكذلك تم التأكد من صدق المقياس عن طريق فحص العلاقة بين تقدير المراهقين والأطفال لاكتئابهم على قائمة الاكتئاب (CDI) وبين تقدير والديهم على نفس المقياس، كما تبين أن هناك علاقة سلبية عالية بين مقياس تقدير الذات وقائمة الاكتئاب.

أما «سيلجمان Seligman» فقد وجد أن هناك علاقة قوية بين قائمة الاكتئاب المعنية وأساليب العزو لدى الطفل المكتئب.

وفي البيئة المصرية وجدت ثلاث دراسات استخدمت الصدق التكويني Constructe « Validity» بين درجات مجموعتين من التلاميذ (ذكور-إناث) حيث تكونت العينة من (46) تلميذة، و(51) تلميذ على مقياس الاكتئاب للصغار (د) إلى معامل ارتباط قدره (0.87) في مجموعة الإناث، بينما وصل معامل الارتباط بين درجات مجموعة الذكور على نفس المقاييس إلى (0.71).

#### ب- الثبات:

أما بالنسبة لدلالات ثبات المقياس الأصلي، فقد أظهرت الدراسات نتائج متعددة، حيث أشارت كوفكس عام (1982) إلى وجود معامل ثبات عالٍ مقداره (0.82) بإعادة الاختبار بعد فاصل زمني بلغ (4) أسابيع، على عينة مكونة من (29) طفلاً من مرضى السكري، كما أشارت إلى وجود معامل ثبات مقداره (0.84) أيضاً بإعادة الاختبار بعد فاصل زمني مقداره (9) أسابيع، على عينة مكونة من (90) تلميذاً كندياً من أطفال المدارس. بينما أشار (كازين Kazdin) إلى أن قيمة ثبات المقياس بإعادة الاختبار وبعد فاصل زمني مقداره (6) أسابيع كانت (0.50) أما (سيلور Saylor) وجد قيمة معامل ثبات مشابهة للسابقة وهي (0.59)، وبطريقة إعادة الاختبار بعد فاصل زمني مقداره (6) أسابيع. وفي البيئة المصرية استخدمت طريقتان في حساب ثبات المقياس هما طريقة إعادة التطبيق، وطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا من خلال عينات من أعمار زمنية مختلفة ومن الجنسين، فوجد أن معاملات ثبات المقياس ما بين (0,72) إلى (0,88) وكلها معاملات ثبات مرتفعة.

كما أظهرت الدراسة التي أجرتها (غيشان 1994) أن معامل الثبات لقائمة مقياس اكتئاب الأطفال بإعادة الاختبار، وبفاصل زمني لمدة أسبوعين بين الاختبارين الأول والثاني بلغ (0,92) وهو معامل ارتباط عال.

كما قام (العاسمي 1995) بحساب ثبات المقياس خلال زمن تراوح أسبوع واحد فقط بين التطبيق الأول والثاني على عينة قوامها (30) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ الصف الثالث الابتدائي. فوجد أن معامل ثباته (0,84) وهو معامل مرتفع يمكن الوثوق به.

وقد تم التحقق من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية في هذه الدراسة بواسطة طريقتين:

**الأولى:** إعادة التطبيق : استخدمت الباحثة مجموعة من (38 فرداً) وكان معامل الثبات 0,98 وهو مقابل دال إحصائياً عند مستوى (0,01) والثانية بطريقة التجزئة النصفية، استخدمت مجموعة من (20 فرداً) باستخدام معادلة سيبرمان براون وصل معامل الثبات إلى (0,80) وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى (0,01) وتم حساب صدق المقياس في البيئة الجزائرية بطريقة الصدق التلازمي مع (مقياس الروشاخ لبقع الحبر) واستخدمت مجموعة من (38 فرداً) ووصل معامل الارتباط بين المقياسين (0,78) وهو معامل دال عند مستوى (0,01). وكانت جميع معاملات الارتباط السابقة دالة. عبارات المقياس (ملحق 1).

#### تعليمات استخدام المقياس:

- 1- تحديد ظروف مادية لتطبيق المقياس (إضاءة، حرارة، هدوء.....الخ)
- 2- تحديد زمن يتراوح بين 5-10 دقيقة للتطبيق الكتابي من قبل المفحوص، ونصف ساعة تقريباً للتطبيق الشفهي إذ يقوم الفاحص بقراءة العبارة أمام المفحوص ويسجل ما اختاره المفحوص.
- 3- تحديد العبارة التي تصف الحالة التي يشعر المفحوص خلال الأسبوع الماضي واليوم الحالي للتطبيق.
- 4- التأكد من العبارة التي اختارها المفحوص بإعطائه فرصة التعبير بنفسه عن خياره.
- 5- يجوز استخدام التطبيق الكتابي والشفهي وذلك على حسب حالة المفحوص.
- 6- عدم ترك أي بند دون إجابة، واستخدام الانطباع الأول للإجابة في حالة الترددية.

7- استخدام التقدير الأعلى لحساب الدرجة في حالة اختيار المفحوص أكثر من عبارة واحدة داخل المجموعة.

8- تجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من البنود الواحد والعشرين. (Beck, 1987,p5)

9- تحدد الدرجات الفاصلة لدى متعالي الاكتئاب كما وردت في مركز بيك للعلاج المعرفي وفي طبعة 1993 كما يلي:

**جدول (18): يبين تصنيف شدة الاكتئاب والدرجة المقابلة لها**

الدرجات	شدة الاكتئاب
صفر - 9	خفيف Minimal
16-10	معتدل Mild
29-17	متوسط Moderate
63-30	شديد Severe

(بيك وستير، 1996: 11، 14)

وقد اشتقت هذه الدرجات من تحليلات مقياس بيك للاكتئاب في صيغته الأصلية، إذ اعتمدت تصنيفات الاكتئاب إلى: قليل، معتدل، متوسط، شديد، على التقديرات العيادية للاكتئاب التي تقابل متوسط الدرجات الكلية بالمقياس على التوالي: 10,9 (انحراف معياري ع = 8,1)، 18,7 (ع = 10,2) 25,4 (ع = 9,6)، 30 (ع = 10,4) (م،س)

**2-1-2- قائمة الأعراض كما وضعها رضوان في سورية (عام 2000):**

وهي إحدى قوائم أعراض الاضطرابات النفسية التي تهدف من خلال التقويم الذاتي للمفحوص وتحديد الأعراض والشكاوي المرضية التي يعاني منها المعالجين، أو الذين يعانون من شكاوي نفسية، حين يساعد ذلك في التشخيص الطبي والنفسى على حد سواء، وبالتالي في وضع تصور أولي حول اختيار أسلوب العلاج واتجاهه ومتابعته، وبيان مدى تأثير الأساليب

العلاجية المستخدمة من خلال تناقص درجة الأعراض، كما تم الباحثين في المجال النفسي والطبي بأداة موثقة بهدف إجراء أبحاث مسحية مقارنة في مجال انتشار الأعراض. (انظر الملحق 6) (عن رضوان، 2000: 114، 118).

بنيت القائمة على الافتراض النظري المتمثل في تجمع الأعراض المتفرقة في متلازمات Syndromes مرضية محددة وقابلة للتمييز عن غيرها من المتلازمات الأخرى، وعليه تمّ تحديد مجموعة من الأعراض المرضية الجسدية والنفسية، التي تظهر في مجموعات متنوعة من الاضطرابات، مثل أعراض السلوك القهري والأعراض الاكتئابية والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي... الخ، ثمّ حذفت بعض الأعراض المتشابهة لتصبح القائمة مختصرة قدر الإمكان وتراعي الأعراض النفسية العصبية والجسدية الأكثر ملاحظة وانتشار من غيرها، مع استبعاد للأعراض التي تشير إلى اضطرابات ذهانية واضحة. وهي بذلك أصبحت مؤلفة من (65) بنداً سهلة الصياغة والتطبيق، إذ يطلب إلى المفحوص تقدير مدى وجود هذه الأعراض في الأسابيع القليلة الماضية بمقياس مكون من أربع درجات تبدأ من (0) حتى (3) (م.س: 122) وبيّن الجدول التالي الأعراض المقابلة لكل مجموعة من مجموعات قائمة الأعراض كما وضعها رضوان في سورية عام 2000.

**الجدول (19): يبين الأعراض المقابلة لكل مجموعة من مجموعات قائمة الأعراض**

الأعراض	الأعراض الاكتئابية	مشاع النقص وعدم الثقة بالنفس	القلق الاجتماعي	الاضطرابات الجنسية الوظيفية	الأعراض الرهابية	مشاعر الوحدة والاغتراب
المجموعة	1	2	3	4	5	6
الأعراض	اضطرابات النوم	القلق حول الصحة	أعراض التعب والإرهاق	أعراض متصلة بالمعدة	أعراض متصلة بالقلب	أعراض الخلل في إفراز العرق
المجموعة	7	8	9	10	11	12

(رضوان، 2000: 125)

وقد أخضعت بنود القائمة للتحليل العاملي بطريقة المحاور الأساسية والتدوير المتعامد، ونتج عنه 12 عاملاً يفسر نسبة مرتفعة إلى حد ما مقدارها (56,22%) من التباين الكلي للبنود، كما تم استبعاد البنود التي درجة تشبعها أقل من (0,30).

قام بتقنين القائمة على المجتمع السوري (رضوان 1999)، مستندا في بنائها إلى عدة قوائم مثل قائمة مراجعة الأعراض المعدلة عام 1986 CL-90-R وقائمة الشكاوي BL — (زيريسن 1976, Zerssen) فضلاً عن التصنيف العاشر للأعراض والاضطرابات النفسية ICD-10, 1992 الصادر على منظمة الصحة العالمية WHO والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام 1994، واستخدمت القائمة في هذا البحث بالشكل الذي وضعه (رضوان عام 2000).

وللقائمة ثبات مرتفع قيمته (0,90) عند إعادة تطبيق القائمة خلال فترة زمنية بين 7 إلى 10 أيام على 78 مفحوصاً ومفحوصة جرى اختيارهم بطريقة عرضية، كما بلغت ارتباطات القائمة مع كل من مقياس القلق الاجتماعي (رضوان، 2001) ومقياس بيك للاكتئاب (عبد الخالق، ق، 1999) ومقياس التشاؤم (الأنصاري، 1998) وقائمة ويلبي للميول العصابية (عبد الخالق، 1995) على التوالي (0,63) (0,42) (0,67) (0,82) وهي جميعها دالة عند مستوى 0,01 (م.س: 123)

### 2-1-3- مقياس الشعور باليأس:

اعد الباحث المصري "سعيد سلامة هندية" هذا الاختبار بهدف الحصول على بيانات توضح درجة اليأس التي تتعلق بالطفل المكتئب، وهي تشمل مجموعة من العبارات تغطي جوانب اليأس لدى الطفل المكتئب.

وهو يتكون من 20 بندا ويعني هذا المقياس بتقدير مستوى الشعور باليأس، والقنوط، فقدان الرجاء، الإحباط الشديد وعدم توقع الخير، توقع الشر، التشاؤم، والسوء دائماً، ندرة التفاؤل، سوء الحظ، السخط.. الخ وجد الباحث قلة في الاختبارات التي تناولت جانب اليأس بما يلي:

(1) مقياس بيك لليأس إعداد ترجمة (عبد الرقيب احمد البحيري 1989) صمم هذا المقياس في الأصل لقياس الاتجاهات السالبة نحو المستقبل.

(2) قائمة بك للاكتئاب إعداد بك ترجمة غريب عبد الفتاح وهي قائمة لتقدير الاكتئاب وتشمل 21 بنداً.

(3) مقياس اليأس للأطفال إعداد (كازدين Kasdin et al 1988) وهو يتكون من بعدا الاتجاه السالب نحو المستقبل ويتكون من 9 عبارات بعد الاتجاه السالب نحو الحاضر ويتكون 8 عبارات وتناول الباحث مقياس اليأس للأطفال Kazdin عند وضع الاختبار بإضافة بعد آخر وهو بعد اليأس ويتكون من 8 عبارات ويتم الإجابة عليهم بنعم أو لا.

تم الإطلاع على الدراسات التي تناولت اليأس مثل دراسة (Beck et al Minkoff et al 1993)، دراسة (عبد الرقيب احمد البحيري 1989) .

ونظرا لندرة البحوث التي تتعلق بإعداد اختبار اليأس للأطفال لذا رأى الباحث "سعيد سلامة هندية" إعداد اختبار في هذا المجال ومن خلال الاطلاع على كل ما سبق تم تحديد أبعاد الاختبار وذلك بتناول الباحث اختبار (Kazdin et al 1988) بالدراسة من خلال إضافة بعد ثالث للاختبار وهو بعد اليأس.

### (1) صياغة عبارات اختبار اليأس:

تكون الاختبار في صورته المبدئية من 25 عبارة تم توزيعها على ثلاث أبعاد للاختبار

- يتكون البعد الأول (اليأس) من 9 عبارات

- يتكون البعد الثاني الاتجاه السالب نحو المستقبل من 9 عبارات

- يتكون البعد الثالث الاتجاه السالب نحو الحاضر من 7 عبارات

وروعى عند إعداد وصياغة العبارات الشروط التقنية في إعداد الفقرات . ما يلي:

(1) أن تكون الألفاظ والعبارات بسيطة وسهلة وليست غريبة أو غامضة بالنسبة لأفراد العينة

(2) صياغة العبارات بصورة لاتوحى بإجابات معينة ولا تتضمن إلا فكرة واحدة حتى لا

يحدث سوء فهم لدى الأطفال عند الإجابة

(3) تجنب العبارات التي لا لزوم لها أو غير ضرورية

**(2) عرض على المحكمين:**

قام الباحث "سعيد سلامة هندية" بعرض الاختبار بصورته الأولى على 10 من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والطب النفسي، بهدف الحكم على صدق عبارات الاختبار واتساقها في كل جانب من جوانب اختبار اليأس، والتعرف على مدى مناسبة العبارة من حيث مناسبة أو غير مناسبة والتعديل الذي يراه مناسباً وكذلك ارتباط العبارة بالبعد من حيث إنها مرتبطة أو غير مرتبطة.

قام المحكمين بتعديل بعض العبارات غير المفهومة مثل: (طفولتي مليئة بالتعاسة) إلى (أنا طفل تعيس)

(أوقات السارة في حياتي تكون أقل من الأوقات السيئة) إلى (أوقات الفرح في حياتي تكون أقل من الأوقات الحزن).

**طريقة إجراء تطبيق المقياس:**

قام الباحث بترتيب أسئلة الاختبار دائريا، لكي لا يتمكن الطفل من معرفة الهدف المرغوب قياسه ويتكون الاختبار في صورته النهائية من 25 عبارة وتتم الإجابة على الاختبار من خلال نعم أو لا.

**إعداد تعليمات الإجابة على الاختبار:**

إن إعداد التعليمات الاختبار هو دليل للطفل في الإجابة على العبارات الاختبار وطريقة الإجابة على عبارته وأمثلة توضيحية لكيفية الإجابة، إضافة إلى ملاحظات عامة تطلب من الطفل الإجابة بصراحة ودقة على كل الأسئلة وعدم ترك عبارة دون الإجابة عليها كما تضمنت الملاحظات سرية الإجابات وأهمية التعاون مع الباحث إذا أن نتائج الإجابة تستخدم في أغراض البحث العلمي.

**تجريب المقياس وحساب خصائصه السيكومترية على العينة الحالية:**

تم اختبار 8 من الأطفال المكتئبين من المترددين على عيادة أمراض السكري التي تتوفر فيهم خصائص العينة التي سوف تستخدم في الدراسة الأصلية وقد أوضحت التجربة بصفة عامة أن عبارات الاختبار أرقام (2، 11، 17، 25) تحتاج إلى إعادة صياغة وبناء على ذلك قامت الباحثة بتعديل صياغة العبارات غير المفهومة.



**طريقة التطبيق:**

تم تطبيق الاختبار بطريقة فردية على عينة الدراسة الكلية واستغرق زمن تطبيق الاختبار حوالي 10 دقائق.

**طريقة التصحيح:**

تم صياغة عبارات الاختبار التي تبلغ عددها (25) عبارة موزعة على 3 أبعاد البعد الأول، اليأس ويتكون من (9) عبارات

البعد الثاني، الاتجاه السالب نحو المستقبل ويتكون من 9 عبارات

البعد الثالث، الاتجاه السالب نحو الحاضر ويتكون من 7 عبارات الاستجابة على العبارات

تكون (نعم) أو (لا)

فالعبارات السلبية لليأس توضع (نعم) بدرجة واحدة (لا) بدرجتين

العبارات الإيجابية لليأس توضع (نعم) بدرجتين (لا) بدرجة واحدة

ولقد صمم الاختبار ووضعت العبارات بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع درجة

اليأس لدى الأطفال. (الملحق رقم 02)

**الشروط السيكومترية للاختبار :**

**أولاً: صدق الاختبار في البيئة الجزائرية:**

1- صدق البناء أو التكوين ويتكون من:

أ- معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه.

ب- معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للاختبار.

**2- التجانس (الانساق الداخلي) :**

وهو معاملات الارتباط بين أبعاد الاختبار والدرجة الكلية للاختبار

**1- الصدق البنائي أو التكوين:**

استخدمت الباحثة أسلوب صدق البناء أو التكوين للتحقق من صدق الاختبار من خلال تطبيقه على عينة تتكون من 50 طفلاً عمرهم من 12 إلى 16 بإجراء العمليات التالية:

2- صدق الاتساق الداخلي: وتم التحقق من ذلك بحساب معاملات الارتباط لدرجة كل بعد من الأبعاد الثلاثة، بالدرجة الكلية للاختبار.

- ويتضمن معاملات الارتباط بين العبارات المنظمة لكل بعد والدرجة الكلية للبعد بطريقة

**بيرسون Person**

**جدول (20):** يبين معاملات الارتباط بين العبارات المنظمة لكل بعد والدرجة الكلية للبعد بطريقة بيرسون

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لبعد اليأس	مستوى الدلالة
1	2	0494	دالة عند 0,01
2	5	0382	دالة عند 0,01
3	8	0629	دالة عند 0,01
4	11	0457	دالة عند 0,01
5	14	0281	دالة عند 0,05
6	17	0454	دالة عند 0,01
7	20	0365	دالة عند 0,05
8	23	0279	دالة عند 0,01
9	25	0386	دالة عند 0,01

مستوى الدلالة 0354=001 مستوى الدلالة عند 005 = 0275 ويتضح من جدول (20) أن جميع معاملات الارتباط بنود ابعاد السالب نحو المستقبل والدرجة الكلية للبعد تتراوح ما بين (0571-0287) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى (005-001)

جدول (21): معاملات الارتباط بين العبارات لبعدها الاتجاه السالب نحو الحاضر والدرجة الكلية للبعدها = 50

م	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعدها	مستوى الدلالة
1	3	0488	دالة عند 0,01
2	9	0407	دالة عند 0,01
3	12	0410	دالة عند 0,01
4	15	0507	دالة عند 0,01
5	14	0552	دالة عند 0,01
6	18	0417	دالة عند 0,01
7	21	0457	دالة عند 0,01

ويتضح من جدول (21) إن جميع معاملات الارتباط بنود أبعاد الاتجاه السالب نحو الحاضر والدرجة الكلية للبعدها تتراوح ما بين (0407 - 0552) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى (001)

(2) قامت الباحثة بحساب صدق الاختبار من خلال استخدام معامل الارتباط بين كل عبارة من الاختبار بالدرجة الكلية للاختبار اليأس للأطفال.

جدول (22): معامل الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية للاختبار اليأس للأطفال

م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0498	001	14	0618	0,01
2	443	001	15	0541	0,01
3	0407	001	16	0478	0,01
4	0337	005	17	0671	0,01
5	0331	005	18	0592	0,01
6	0521	001	19	0451	0,01
7	0509	001	20	0565	0,01
8	0439	001	21	0403	0,01
9	0376	001	22	0516	0,01
10	0343	005	23	0436	0,01
11	0615	0,01	24	0481	0,01
12	0296	0,05	25	0513	0,01
13	0478	0,01	26	0514	0,01

ويتضح من الجدول (22) أن جميع معاملات الارتباط بين العبارات المتضمنة للاختبار والدرجة الكلية للاختبار اليأس للأطفال تتراوح ما بين 0,296، 0,671 وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى 0,01، 0,05 (3) صدق الاتساق الداخلي:



## جدول (24): يوضح معاملات الثبات على أبعاد اختبار اليأس للأطفال

مج	أبعاد اختبار اليأس للأطفال	معامل الثبات	مستوى الدلالة
1	اليأس	0704	0,01
2	الاتجاه السالبة نحو المستقبل	0672	0,01
3	الاتجاه السالبة نحو الحاضر	0754	0,01

ويتضح من جدول (24) أن جميع معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار تتراوح ما بين (0754 - 0672) وجميعها معاملات ارتباط موجبة ودالة عند مستوى (001) مما يدل على قوة الاختبار وصلاحيته.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة إلى تجزئة الاختبار إلى جزئين بحيث يتكون الجزء الأول من الدرجات الفردية للاختبار ويتكون الجزء الثاني من الدرجات الزوجية للاختبار وحساب معامل الارتباط التتابعي (الدرجات الفردية والدرجات الزوجية) (فؤاد البهي السيد 1979: 523،521)

## جدول (25): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاختبار اليأس للأطفال وفقا

لمعادلة سبيرمان براون  $n=50$

م	أبعاد اختبار اليأس للأطفال	معامل الثبات	مستوى الدلالة
1	اليأس	0691	0,01
2	الاتجاه السالبة إلى المستقبل	0652	0,01
3	الاتجاه السالبة إلى الحاضر	0715	0,01

يتضح من الجدول (25) إن جميع معاملات الثبات لاختبار اليأس للأطفال بطريقة التجزئة النصفية وفقا لمعادلة سبيرمان وبراون تتراوح (0652-0715) وجميعها معاملات ارتباط موجبة دالة عند مستوى دلالة عند مستوى دلالة (001) وهذا يدل على أن معامل الثبات للاختبار عالية.

## 2- الثبات بطريقة معامل الفا:

استخدام معامل الفا يلاشى عيوب بعض طرق الثبات الأخرى ، ومعامل الفا أداة إحصائية حساسة لأخطاء العينة والقياس لذلك يعتبر معامل الفا من أفضل الطرق لحساب الثبات.

جدول (26): يوضح ثبات الاختبار وثبات كل بعد من أبعاده باستخدام معامل ثبات الفا

م	أبعاد اختبار اليأس للأطفال	معامل الثبات	مستوى الدلالة
1	اليأس	0654	0,01
2	الاتجاه السالبة نحو المستقبل	0598	0,01
3	الاتجاه السالبة نحو الحاضر	0627	0,01

يتضح من الجدول (26) أن جميع معاملات الثبات لاختبار اليأس للأطفال باستخدام معامل الفا تتراوح ما بين (0654-0598) وجميعها موجبة دالة عند مستوى دلالة 001.

- مقياس تقدير الذات: (لفاروق عبد الفتاح موسى، محمد أحمد الدسوقي 1991)

اعد هذا المقياس في الأصل (س كوبر سميث s.cooper smith) بعنوان Self-esteem inventory من صورتين (أ) (ب) الصورة (أ) الطويلة والصورة (ب) قصيرة

وقد ذكر كوبر سميث أن معامل الارتباط بين الصورتين (0,88) ولذا يمكن الاقتصار على استخدام الصورة القصيرة في البحوث التي تجري على تقدير الذات توفير الوقت والجهد. المقياس الحالي مؤسس على الصورة القصيرة وقد قام باقتباسه وإعداده فاروق عبد الفتاح موسى، محمد احمد الدسوقي، يتكون الاختبار من 25 عبارة تقابلها كلا منها زوجان من الأقواس أسفل كلمتي "تتطبق" و "لا تتطبق" وعلى المفحوص أن يستجيب لكل عبارة بوضع علامة (X) بين القوسين الموجودين أسفل الكلمة التي يرى أنها تتطبق عليه ولا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، ويمكن اعتبار ان الإجابة صحيحة إذا عبر بها الفرد عن شعوره الفعلي بالصدق.

يستخدم هذا الاختبار في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية أي كما يرى نفسه يتضمن الاختبار 9 عبارات موجبة إذا أجاب عنها المفحوص بـ (تتطبق) يعطي درجة على كل منهما أم إذا أجاب بـ (لا تتطبق) فلا يعطي درجات كما يتضمن الاختبار 16 عبارة سالبة إذا أجاب عنها المفحوص بـ (لا تتطبق) فإنه يعطي درجة على كل منها، وإذا أجاب بـ (تتطبق) لا يعطي درجات.

وتحسب درجة الفرد في هذا المقياس من مجموع درجات العبارات التي تدل على اتجاه تقدير الذات المرتفع. (فاروق موسى/محمد الدسوقي، 1991، 8)

### ثبات الاختبار:

طبق فاروق عبد الفتاح موسى، محمد احمد الدسوقي الباحث المصري هذا الاختبار على عينة من البنين والبنات، بلغ حجم العينة الكلية 50 فردا منهم 25 من البنين، 25 من البنات ثم حسب معامل الثبات بتطبيق معادلة كيورد - ريتشارد بيرسون رقم 21 Kr21 وهي:

$$r_{11} = \frac{N}{1-N} \left( 1 - \frac{m(m-N)}{n^2} \right)$$

$r_{11}$  = معامل الثبات

$N$  = عدد العبارات المقياس

$m$  = المتوسط الحسابي للدرجات

$n^2$  = تباين الدرجات

وقد بلغ معامل الثبات في حالات البنين وحدهم، والبنات وحدهن والبنين والبنات معا كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (27): معاملات الثبات في حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بتطبيق معادلة كيورد - ريتشارد سون 21

العينة	معامل الثبات
البنين	0742
البنات	0773
العينة المشتركة	0797

كما حسب ثبات الاختبار بطريق التجزئة النصفية وذلك بحذف العبارة رقم (13) وحساب) معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في الأسئلة النصف الأول من الاختبار الفقرات أرقام (1-12) ودرجات النصف الثاني من الاختبار الفقرات أرقام (14-25) وكانت النتائج بالنسبة للنصف الاختبار وبالنسبة للاختبار كله كما في الجدول التالي.

جدول (28): معاملات الثبات في حالات البنين والبنات والعينة المشتركة بطريق التجزئة النصفية

العينة	معامل ثبات الاختبار كله	معامل الثبات نصف الاختبار	العينة
الذكور	0918	0847	الذكور
الإناث	0938	0773	الإناث
العينة المشتركة	0942	0891	العينة المشتركة

يلاحظ أن معاملات الثبات التي أمكن الحصول عليها بطريقة التجزئة النصفية، أعلى من المعاملات التي أمكن الحصول عليها بطريق المعادلة 21 وذلك لأن الطريقة الأخيرة أكثر تشددا وتشير الدراسات الأجنبية إن معاملات ثبات الاختبار تمتد من 0,70 إلى 0,77 (بروات 1979 Prawat)، (فاروق موسى، محمد الدسوقي 1991، 11)



## صدق الاختبار:

## 1-الصدق التجريبي:

قامت الباحثة باختبار الصدق التجريبي (ن=50) بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة في مقياس تقبل الذات.

وكانت معاملات الارتباط وفقا لمعادلة سبيرمان وبراون تتراوح (0715-0652) وجميعها موجبة دالة عند مستوى دلالة (001) وهذا يدل على أن معامل الثبات للاختبار عالية.

كما في الجدول رقم (29) التالي:

جدول (29): معاملات الارتباط بين درجات البنين والبنات والعينة المشتركة في اختبار تقدير الذات واختبار مفهوم الذات

العينة	معامل الارتباط	الدلالة
البنين	0,846	0,01
البنات	0,917	0,01
العينة المشتركة	0,887	0,01

5-مقياس المهارات الاجتماعية للصغار وضع هذا المقياس في أصله "ماتسون وآخرون" Matson evaluation of social skills with young sters للمهارات الاجتماعية للصغار (messy) . وأعدده للبيئة العربية محمد السيد عبد الرحمن 1998 Social skills inventory (ssi) .

وتكون في صورته المبدئية من 92 عبارة، طبقت على 744 طفلا بمدارس دينية وعامة . حيث قسمت إلى مجموعتين:

أ- عينة التقدير الذاتي وهم الأطفال الذين يجيبون على المقياس بأنفسهم وعددهم 422 طفلا (212 ذكور - 210 إناث) تتراوح أعمارهم بين 4-18 سنة بمتوسط 11,19 سنة.

ب- عينة تقدير المعلم هم الأطفال الذين حدد المعلمون مستواهم في المهارات الاجتماعية وعددهم 322 طفل لا (176 ذكور-146 إناث) وتتراوح أعمارهم بين 4-15 سنة بمتوسط 7,19 سنة.

ويتضمن المقياس مدى واسع من أنماط السلوك اللفظي وغير اللفظي التي تركز على الكفاية الشخصية للطفل، ووضع الباحث (محمد السيد عبد الرحمن 1998) في اعتباره مختلف التعريفات التي تتناول المهارات الاجتماعية، كما قام بمراجعة المقاييس المختلفة في مجال سلوك الأطفال والاستفادة بها مثل: بروفيل سلوك الطفل child behavior profile الذي وضعه (اشنبيك 1978 a chenback) وقائمة المشكلة السلوكية behavior problem checklist إعداد (كواي وبترسون 1975 quay&petrson) ومقياس كونور لفرط الانفعالية والنشاط Connors hyperactivity إعداد (كونور 1969 Connor) .

ولتطبيق المقياس على عينة التقرير الذاتي قام باصطحابهم إلى مجرات بعيدة عن الضوضاء والقي التعليمات عليهم، وتأكد من فهمهم لها جيدا، ثم بإلقاء الأسئلة، وكان يترك فترة كافية لاختبار إجابة من الإجابات الخمس المعدة بطريقة ليكرت أما العينة الثانية (عينة تقرير المعلم) فقد قام معلموهم بتقرير عنهم خلال فترة الدراسة والإجابة على بنود المقياس.

وبعد أسبوعين من تطبيق المقياس تم إعادة تطبيق مرة أخرى على العينة الأولى كما قام المعلمين بإعادة تقديراتهم على نفس الأطفال مرة أخرى وتم حساب معاملات الارتباط بطريقة بيرسون بين درجتي البند الواحد في التطبيق وقلت معاملاتها الارتباطية في العينة عن 0,50 في العينة الأولى و الثانية عن (0,55) فاختصرت البنود إلى 62 بندا في المقياس التقرير الذاتي 64 بندا في مقياس تقرير العلم، ثم قام بإجراء تحليل عاملي لدرجات البنود وتدور المحاور بطريقة فاريمكس لكايزر فأعطت خمسة عوامل على مقياس التقرير الذات وعاملين فقط لمقياس تقرير العلم، وتعامل مع هذه العوامل كأبعاد مستغلة للمقياس.

## تعديل المقياس:

نظر لاختلاف عينة الدراسة الحالية عن العينة الأصلية التي قنن عليها ماتسون هذا المقياس في كثير من النواحي، ونظرا للتباين الواضح في عدد البنود في العوامل الخمس التي تم استنتاجها من التحليل العاملى فقد قامت الباحثة بعمل تعديلين أساسيين هما :

**البند الأول:** تصميم المقياس وفق نموذج نوا الثلاث بدائل (دائما-أحيانا-نادرا) بدلا من خمسة في نموذج (ليكرت ) التي استخدمها ماتسون، وذلك لصعوبة تطبيقها على أطفال عينة الدراسة، على أن تعطي الإجابة دائما (درجتان) والإجابة أحيانا (درجة واحدة) والإجابة نادرا (صفر) إذا كانت العبارة موجبة الاتجاه، أي تعبر عن مستوى من المهارة الاجتماعية كالعبارة (انظر إلى الناس وأنا أتحدث إليهم) أما إذا كانت العبارة سالبة الاتجاه أو تعبر عن نقص في المهارة الاجتماعية تعطي الإجابة درجاتها على النحو التالي (دائما) صفر، أحيانا (درجة واحدة) نادرا (درجتان) كالعبارة (عاير الأطفال الآخرين بعيوبهم وأخطائهم) مثلا وبذلك تدل الدرجة المرتفعة في أي بعد أو المقياس ككل على ارتفاع المهارة الاجتماعية والعكس بالنسبة للدرجة المنخفضة.

**التعديل الثاني:** وهو يتعلق بتصنيف هذه البنود تحت عدد من المقاييس مستفيدة من ذلك من التحليل العاملى في دراسة ماتسون، ومن الملاحظات الشخصية على نتائج هذا التحليل، حيث يمكن أن تتدرج بنود المقياس تحت أربعة أنواع من المهارات الاجتماعية هي المبادات بالتفاعل، التعبير عن المشاعر السلبية، الضبط الاجتماعي والانفعالي، التعبير عن المشاعر الإيجابية.

وقامت الباحثة بتعريف إجرائيا لكل مهارة، والبنود التي تقيسها، وطلبت من أساتذة في علم النفس التحقق من انتماء البند للمهارة التي يقيسها، حيث تعتبر البنود منتمية لبعد ما إذا ازدادت درجة الاتفاق بين المحكمين عن 80% وكان عدد البنود موزعا على النحو التالي: المبادات والتفاعل (14 بندا) التعبير عن المشاعر السلبية (23 بندا) الضبط الاجتماعي والانفعالي (13 بندا) التعبير عن المشاعر الايجابية (12 بندا).

**صدق المقياس:**

**1-الصدق الظاهري:** يتمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري، حيث اظهر المحكمون للمقياس موافقة على ارتباط البنود بأبعادها، كما يتميز المقياس بوضوح تعليماته وسهولة البنود، وقصرها، وتمتعها بدرجة جيدة من الوضوح.

**2-صدق المقارنة الطرفية :**

يتمتع المقياس بدرجة جيدة من القدرة التمييزية بين مرتفعي ومنخفضي المهارة الاجتماعية، حيث تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات إل 27% من الوسيط فكانت الفروق كلها دالة إحصائيا عند 001 سواء لأبعاد المقياس أو الدرجة الكلية كما يوضحها الجدول الآتي:

**جدول (30):صدق المقارنة لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار ن =21**

المهارات الاجتماعية للصغار	الارباعى الأدنى		الارباعى الأعلى		قيمة (ت) ودالاتها
	م	ع	م	ع	
المبادات بالتفاعل	10,36	3,11	17,21	3,19	*6,69
التعبير عن المشاعر السلبية	19,23	4,97	29,48	4,61	*6,83
الضبط الاجتماعي والانفعالي	9,28	3,70	16,33	3,51	*6,24
التعبير عن المشاعر الايجابية	11,96	4,10	16,13	3,87	*3,34
الدرجة الكلية للمقياس	47,93	10,37	71,19	11,27	*7,18

ن=21 على التوالي

\* دالة عند 001

**ثبات القياس:**

للتأكد من ثبات المقياس على العينة الحالية استخدمت الباحثة طريقة الاتساق الداخلي وإعادة الاختبار كالتالي.

**1- الاتساق الداخلي للمقياس:**

عندما تم حساب معامل الارتباط بين درجات بنود المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه البنود لعينة التقنين، أسفر ذلك عن حذف بنود لم تكن ارتباطها دالة إحصائياً أرقام البنود المحذوفة وهي 1-17-19-35-6 وبذلك أصبح العدد النهائي للبنود 57 بندا موزعة على أربعة أبعاد وكما يوضح ذلك (جدول 31) التالي:

جدول (31): الاتساق الداخلي لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	008	غير دالة	23	027	001
2	034	001	24	058	001
3	029	001	25	033	001
4	051	001	26	030	001
5	032	001	27	038	005
6	036	001	028	043	001
7	039	001	29	039	001
8	044	001	30	054	001
9	040	001	31	056	001
10	036	001	32	028	005
11	041	001	33	050	001
12	048	001	34	051	001
13	050	001	35	004	غير دالة
14	058	001	36	050	001
15	045	001	37	049	001
16	050	001	38	055	001
17	036	001	39	045	001
18	014	غير دالة	40	057	001
19	190	غير دالة	41	041	001
20	370	001	42	063	001
21	047	001	43	065	001
22	039	001	44	051	001

تابع جدول (31)

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
45	039	001	54	040	001
46	025	005	55	057	001
47	041	001	56	046	001
48	041	001	57	051	001
49	034	001	58	032	001
50	050	001	59	042	001
51	052	001	60	023	001
52	048	001	61	045	001
53	064	001	62	020	غير دالة

وبعد حذف البنود الموضحة تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس فكانت كلها دالة إحصائياً عند 001 وكذلك قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس وأبعاده باستخدام طريقة لكرونباخ فكانت كل معاملات القياس مناسبة وتحقق ثبات المقياس كما يوضحها الجدول الآتي

جدول (32): الاتساق الداخلي ومعامل الثبات بطريقة لكرونباخ لمقياس المهارات الاجتماعية للصغار

المهارات الاجتماعية للصغار	معامل لكرونباخ	قيمة (ر) بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس	مستوى الدلالة
المبادرة بالتفاعل	071	053	001
التعبير عن المشاعر السلبية	076	060	001
الضبط الاجتماعي الانفعالي	0,70	0,58	001
التعبير ع المشاعر الايجابية	070	054	001
الدرجة الكلية للمقياس	076	-	-

**الصورة النهائية للمقياس:**

يتكون المقياس في صورته النهائية من 57 بنداً، بعد أن استبعدت البنود الخمسة التي لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجاتها ودرجة البعد التي تنتمي إليه طبقاً لنتائج الاتساق الداخلي (جدول 32) .

وتتوزع بنود المقياس على الأبعاد الأربعة الآتية:

**1- المبادات بالتفاعل:**

وتعرف بأنها قدرة الطفل على بدء التعامل من جانبه مع الأطفال الآخرين لفظياً أو سلوكياً كالتعرف عليهم أو مد يد العون لهم أو زيارتهم أو تخفيف آلامهم أو إضحاكهم مثال ذلك (أساعد الأصدقاء الذين يتعرضون لضرر أو أدي) ويتكون البعد من 13 بنداً أرقامها 11-12-17-20-21-25-27-31-33-39-43-51-52

**2- التعبير عن المشاعر السلبية:**

وتعرف بأنها قدرة الطفل على التعبير عن المشاعر لفظياً أو سلوكياً كاستجابة مباشرة أو غير مباشرة لأنشطة الأطفال الآخرين التي لاتروق له مثال ذلك (اعتدى على الآخرين واسبهم عندما أغضب منهم) ويتكون هذا البعد من 21 بعداً أرقامها 1-2-10-13-14-16-17-19-22-23-26-27-34-35-37-44-45-49-50-56-57

**3- الضبط الاجتماعي الانفعالي:**

وتعرف بأنها قدرة الطفل على ضبط انفعالاته في المواقف التفاعل مع الأطفال الآخرين وذلك في سبيل الحفاظ على روابطه الاجتماعية معهم مثال ذلك (اغضب بسهولة) عبارة سلبية ويتكون هذا البعد من البند أرقامها: 2-3-4-5-7-30-32-41-47-53-54

**4- التعبير عن المشاعر الايجابية:**

ويعرف بأنها قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة من خلال التعبير عن الرضا عن الآخرين ومجاملتهم ومشاركتهم الحديث واللعب وكل ما يحقق الفائدة للطفل ولمن يتعامل معه مثال ذلك (انظر إلى الناس وان أتحدث إليهم- اشعر بالسعادة عندما يفعل أي شخص عمل جيد) ويتكون هذا البعد من 12 بنداً أرقامها 8-9-15-24-29-32-38-40-42-46-48-54(ملحق 04)



**2- مقاييس إكلينيكية:**

- استمارة دراسة حالة: إعداد/ الباحثة

وتشمل الاستمارة بيانات عن سنوات الطفولة، الاتجاه نحو الدراسة والعمل، وموقفه الشخصي من العاهات، والاضطرابات النفسية وفلسفته في الحياة، وعاداته، ومشاربه، وأحلامه، وموقفه من الحياة الجنسية. ( أنظر الملحق 06)

- المقابلة الإكلينيكية: إعداد/ الباحثة

وتتضمن المقابلة تغطية المشكلة الحالية لدى العميل والتاريخ النمائي للعميل، وجمع معلومات عن الخبرات والأحداث الصدمية التي تعرض لها في الماضي عن طريق طرح أسئلة واضحة ومباشرة ومحددة، ( أنظر الملحق 05) وللقيام بهذا التقييم بشكل سليم إقترحنا دراسة كندال طرح الأسئلة الخاصة أكثر من الأسئلة العامة. (إسماعيل علوي، بنعيسى زغوب 2009 : 201)

- جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين: إعداد/ الباحثة

وهو جدول يتم من خلاله تحديد التغيرات العادية في تعاطي الأنسولين سواء في عدد مرات التعاطي، أو في الكمية التي يتعاطاها المريض بصورة يومية (ملحق 2)

- برنامج العلاج المعرفي السلوكي: إعداد/ الباحثة

إستخدمت الباحثة برنامج لتخفيف من حدة الاكتئاب لدى المراهقين السكريين

- إستمارة وجدول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي (ملحق 10، 21)

- استمارة التقويم الذاتي: قامت الباحثة بإعداد هذه الاستمارة اعتماد على الصيغة

الأصلية للاستمارة التي أعدها رضوان (ملحق 10)

6 - 3 - تجريب برنامج العلاج المعرفي السلوكي في الدراسة الإستطلاعية:

6 - 3 - 1 - التصميم التجريبي للدراسة:

مجموعة الدراسة

مجموعة تجريبية تتلقى برنامج العلاج المعرفي السلوكي

- عدد أفراد العينة -8 أفراد (4 ذكور، 4 إناث).
- مجموعة ضابطة لم تتلق أي تدريب 8 أفراد (4 ذكور، 4 إناث).
- مراحل تطبيق العمل التجريبي:

عدد القياسات - قبل - بعدى 1 - بعدى 2

طول فترة المتابعة بالشهور . شهران

الهدف من القيام بالدراسة الاستطلاعية، هو تدريب الباحثة على البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، بحيث تتمكن من تطبيقها بمهارة أكبر على مجموعات الدراسة الأساسية، ولمعرفة بعض الصعوبات التي يمكن أن تعيق عملية التطبيق ، وأخذها في الإعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية، كما يهدف إلى التأكد من مدى صلاحية البرنامج للتطبيق.

### 6-3-2- عينة الدراسة الاستطلاعية:

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية 12 مريضا من مرضى النمط الأول Type I تراوحت أعمارهم ما بين 12 إلى 16 عاما وقد شرحت الباحثة فيما سبق كيفية العثور على العينة ومقابلاتهم.

### 6-3-3- خطوات الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بتطبيق مقاييس الدراسة على المرضى، حيث وضع برنامج بالإتفاق مع المرضى عينة البحث على ميعاد اللقاء الأسبوعي (مرتين أسبوعيا)، وأن يكون اللقاء في أوقات الفراغ لدى هؤلاء المرضى في عيادة الطبيب المختص، فلقد خصص لنا غرفة خاصة لاستقبال المرضى (عيادة الضياء بجيجل للدكتور بواب ضياء الدين بشارع كعولة مختارمقابل الحي الإداري) .

قامت الباحثة بتقسيم الدراسة إلى مجموعتين المجموعة الأولى تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي، واستغرق تطبيقه (11جلسة)، واستغرقت الجلسة الواحدة حوالي ساعة، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج قام أفراد المجموعة بالإجابة على المقياس ثانيا مما يمثل قياسا بعديا.

## 6-3-4- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

جدول (33): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية الأولى في القياسين البعدي الأول والثاني في متغير الاكتئاب

		درجات		متوسط	قيمة Z	مستوى	القرار
				القياس	المعمولة	الدلالة	
المجموعة	العدد	القبلي	البعدي	البعدي	المعمولة	الدلالة	القرار
مجموعة العلاج التجريبية	8	110	71,120	2,524	0,012	دالة عن 0,05	
مجموعة الضابطة	8	35.5	10.625	2.533	0.011	دالة عن 0,05	

يتبين لنا أن قيمة z المعمولة هي 2,524 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي فقد بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي 110 وفي القياس البعدي 71,120 وبالتالي يكون الفرق لصالح القياس البعدي أما المجموعة الضابطة في القياس القبلي 35.5 وفي القياس البعدي 10.625 وبالتالي يكون الفرق لصالح القياس البعدي فالعلاج المعرفي السلوكي له أثر في خفض حدة الأعراض الاكتئابية لدى كل أفراد العينة.

واستنادا إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أظهرت إمكانية استخدام كل من برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تعديل بعض الجوانب النفسية لدى العينة من المراهقين من مرضى السكر، والمتمثلة في الاكتئاب، كما أظهرت النتائج المتعلقة بتطبيق مقياس الاكتئاب، تقدير الذات، اليأس، المهارات الإجتماعية.

تم إعداد الأدوات والبرنامج والتصاميم المختلفة للدراسة في صورتها المعيارية وبشروطها العلمية الأمبيريقية تمهيدا لتطبيق الدراسة الأساسية وهو ما سنعرضه في التالي:

## 6-4- خطوات الدراسة الأساسية :

لكي تتحقق الباحثة من صحة فروضها قامت بإجراء مجموعة من الخطوات:

1- قامت الباحثة بتجهيز أدوات الدراسة المستخدمة في القياسات: القبلي، البعدي الأول، والبعدي الثاني.

في ضوء نتائج الدراسة الإستطلاعية، وللإجابة عن تساؤلات البحث والتحقق من فروضه، وبعد ضبط المفاهيم الإجرائية المتعلقة بموضوع الدراسة، ووفقاً للشروط الفنية للدراسة قامت الباحثة بتطبيق البرنامج في الدراسة الأساسية على الصيغة التجريبية كآتي:

- مجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي 8 أفراد (4 ذكور، 4 إناث).

- مجموعة ضابطة لم تتلق أي تدريب 8 أفراد (4 ذكور، 4 إناث).

- - مراحل تطبيق العمل التجريبي

تم تطبيق العمل التجريبي على ثلاث مراحل:

- **المرحلة الأولى:** قامت الباحثة بالتدريب على مجموعة من المهارات المتعلقة بفن العلاج النفسي بشكل عام (فن المقابلة، إدارة الحوار، فترات الصمت... الخ) وكذلك على مجموعة من التقنيات المتعلقة بالعلاج المعرفي-السلوكي بشكل خاص (تقنية الحوار السقراطي، تقنية لعب الدور، تقنية دحض الأفكار السلبية... الخ) واستغرقت هذه الفترة سنة تقريباً بمعدل يومي في الأسبوع.

- **المرحلة الثانية:** التطبيق القبلي لأدوات التقويم: تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب وقائمة الأعراض واستمارة التقويم الذاتي على أفراد بعد أن توافرت الشروط المناسبة لإجرائه، وحسب تردد المتعالجين على العيادات الخارجية.

بعد ذلك تمّ تصحيح المقاييس وفق الدليل الخاص بكل مقياس، ووضعت درجات المتعالجين في جداول، وعولجت إحصائياً بواسطة الحاسوب.

## - المرحلة الثالثة: تطبيق البرنامج العلاجي:

تمّ تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة المعرفية-السلوكية، وذلك في العيادة الخاصة، بمعدل يومين في الأسبوع لمدة شهر ثمّ يوم في الأسبوع لمدة شهرين، أي بمجموع قدره ثلاثة أشهر للعينة المعرفية- السلوكية.

نفذت الجلسات العلاجية وفق الجدول (16)، مع الأخذ بعين الاعتبار اختلاف الأعراض وشدتها من متعالج لآخر، وهذا يعني البدء بتخفيف أكثر الأعراض حدة، وكذلك اختيار بعض الجلسات دون سواها لمواجهة هذا العرض أو ذلك، إذ يمكن لمتعالج مكثّب تنفيذ جلسة رقم (11) وهي خاصة بمواجهة الكسل ومشاعر الفشل دون تنفيذ جلسة رقم (13) الخاصة بمواجهة مشاعر اليأس والميول الانتحارية، أو تنفيذ الجلسة رقم (12) الخاصة بمواجهة الرغبة في الوصول إلى الكمال دون تنفيذ الجلسة رقم (10) الخاصة بمواجهة الشعور بالذنب، أي إن كل متعالج سيختلف عن آخر مكثّب في تنفيذ كل الجلسات أو بعضها، وخاصة الجلسات (10 و 11 و 12 و 13) نظراً لاختلاف مظاهر الاكتئاب من متعالج لآخر.

- المرحلة الرابعة: التطبيق البعدي الفوري لأدوات التقويم: تمّ تطبيق أدوات القياس على أفراد وقد جري تصحيح أوراق التقويم، وذلك وفق دليل التصحيح الخاص بكل مقياس، وتلت عملية التصحيح عملية تنظيم الدرجات التي حصل عليها المكثّبون في جداول خاصة استعداداً للمعالجة الإحصائية.

- المرحلة الخامسة: تطبيق قياس المتابعة: بعد شهر تقريباً من انتهاء تنفيذ البرنامج تمّ قياس متابعة لأفراد العينة، بتطبيق أدوات التقويم السابقة مرة أخرى، وذلك من أجل متابعة التحسن في الأعراض والتعرف إلى الانتكاس فيما لو حدث. ويوضح الجدول (34) خطوات تطبيق العمل التجريبي السابقة.

## جدول (34): يبين مراحل تطبيق العمل التجريبي

اسم المرحلة	المحتوى	التاريخ	المدة	المكان
المرحلة الأولى	التدريب	2008 سبتمبر - 2009 سبتمبر	سنة	عيادة الضياء
المرحلة الثانية	التطبيق القبلي لأدوات التقويم	بدء من سبتمبر 2009	شهر	عيادة الضياء
المرحلة الثالثة	تطبيق البرنامج العلاجي: - على المجموعة المعرفية- السلوكية	ت - ك 2009/1	3 شهور	عيادة الضياء
المرحلة الرابعة	التطبيق البعدي لأدوات التقويم: - على المجموعة المعرفية- السلوكية	ك 2010/2	شهر	عيادة الضياء
المرحلة الخامسة	تطبيق قياس المتابعة على العينة	بدأ من سبتمبر/ 2010	شهر	عيادة الضياء

خلاصة:

في هذا الفصل قامت الباحثة بعدد من الإجراءات تمثلت في تجهيز أدوات القياس، ودراسة استطلاعية على عينة لها نفس مواصفات العينة الأصلية للدراسة، بهدف تدريب الباحثة على استخدام هذه البرامج والتأكد من صلاحيتها للتطبيق وبعد ذلك قامت الباحثة بإجراء الدراسة الأساسية.

# الفصل السابع

## 7- نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد:

7-1- عرض وتحليل نتائج الدراسة

7-2- مناقشة نتائج الدراسة

7-3- التعليق على نتائج الدراسة

## 7-1-1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

بعد إعداد البرنامج الذي تم تصميمه وتجريبه في جلسات علاجية ( معرفية سلوكية ) كما أوضحنا في الفصل السابق، في صورته النهائية .

وبعد تطبيقه على عينة من مرضى السكري المكتئبين ذوي الأعمار تراوحت بين (12 و16) وبلغ عددها (8 أفراد واختيرت بطريقة عشوائية) بمواصفات (4 ذكورا و4 إناث ) وبعد تقسيم عينة الدراسة وفقا لمقتضيات المنهج التجريبي المناسب لهذه الدراسة المستهدفة لتحديد أثر البرنامج، إلى مجموعة تجريبية، وعددها ( 8 أفراد ) ومجموعة ضابطة، وعددها ( 8 أفراد ) .

وباستخدام البرنامج الإحصائي (spss13) في اختبار الفرضيات تحصلنا على نتائج نعرضها حسب كل فرضية في ما يلي :

## 7-1-1-1- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تتص هذه الفرضية على انه ( يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة المراهقين مرضى السكر. )

لاختبار صدق هذه الفرضية، تم معالجة البيانات الخام المتعلقة بها، باستخدام البرنامج الإحصائي spss13 وتحصلت الباحثة على النتائج الموضحة في الجدول رقم (35) أدناه عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 حسب الجدول الموضح أسفله.

جدول (35): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في متغير الاكتئاب

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	ت	الدلالة
القبلي	8ن	15.38	3.89	1.38	6.48	دالة
بعدي	8ن	5.75	1.59	0.056	6.48	دالة



- دالة عند مستوى 0.05 حيث (ت) الجدولية £ (2.31) ونلاحظ من الجدول السابق وجود فروق دالة بين القياسين القبلي، والبعدى للمجموعة التجريبية حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 6.48 وهي أكبر من (ت) الجدولية

جدول (36): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين البعدى الأول والثاني في الاكتئاب

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المتوسط	المعياري ت	الدالة
بعدى 1	8 ن	5.75	1.58	0.56	0.536	دالة
بعدى 2	8 ن	5.38	1.19	0.42	0.536	دالة

- دالة عند مستوى 0.05 حيث (ت) الجدولية £ (2.31) ونلاحظ من الجدول السابق وجود فروق دالة بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى الأول والثاني حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 0.53 حيث (ت) الجدولية £ (2.31) ، واستمرار التحسن في القياس البعدى.

وهو ما يدل على أن البرنامج المطبق فعال على المدى البعيد. وترجع الباحثة استمرار التحسن خلال فترة المتابعة إلى استمرار تأثير البرنامج بفنياته المختلفة.

#### 7-2-1- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على ( وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدى) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدى).

من أجل اختبار صدق هذا الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (ولكوكسون Wilcoxon) عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 لمعالجة البيانات الخام المتعلقة بها، وجاءت النتائج كما هي مبينة في الجدول أدناه.

جدول(37):يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان

المجموعة	العدد	القبلي	البعدي	قيمة z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
تجريبية	8	110	71.125	-2.524	0.012	دالة عند 0.05
ضابطة	8	35.5	10.625	2.533	0.011	دالة عند 0.05

نلاحظ قيمة z المحسوبة 2.524 هي دالة عند مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي لصالح القياس البعدي فقد بلغ متوسط درجات أفراد العينة في القياس القبلي 110 وفي القياس البعدي 71.125 وبالتالي يكون الفرق لصالح القياس البعدي لأفراد العينة.

### 7-1-3- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على انه لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي على عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة.

لاختبار صدق هذه الفرضية طلبت الباحثة من أفراد عينة الدراسة تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين في كل يوم على الجدول(الملحق 07) طوال فترة الدراسة وقامت باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (38): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على جدول تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين

تجريبية

قياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	ت	الدلالة
قبلي	ن8	1.25	0.46	0.16	0.607	غير دالة
بعدي	ن8	5.38	1.13	0.13	0.607	غير دالة

• غير دالة حيث (ت) المحسوبة = 0.607، (ت) الجدولية £ (2.31) ونلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حيث كانت (ت) المحسوبة 0.607 وهي أكبر من (ت) الجدولية £ (2.31)،

جدول(39): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين البعدي الأول والثاني على جدول تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين.

تجريبية

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	ت	الدلالة
بعدي 1	ن8	1.13	0.35	0.13	فر	غير دالة
بعدي 2	ن8	1.13	0.35	0.13	فر	غير دالة

• غير دالة حيث (ت) المحسوبة = صفر، (ت) الجدولية £ (2.31) وأيضا عدم وجود فروق على القياس البعدي 1، البعدي 2 للمجموعة التجريبية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة = صفر، (ت) الجدولية £ = (2.31).

جدول (40): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة في القياس مابعد المتابعة على جدول تحديد عدد مرات تعاطي الأنسولين (بعد شهرين من المتابعة).

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	ت	الدلالة
تجريبية	ن8	1.0	صفر	صفر	-1	غير دالة
ضابطة	ن8	1.13	0.35	0.13	-1	غير دالة

غير دالة حيث (ت) المحسوبة = (-1)، (ت) الجدولية £ (2.31)

عدم وجود فروق بين متوسطي المجموعة الضابطة والتجريبية حيث كانت (ت) المحسوبة = -1 ، (ت) الجدولية £ (2.31).

#### 4-1-7- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على انه لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من كمية الأنسولين.

لاختبار هذا الفرض قامت الباحثة بتحديد الأنسولين الذي يتعاطاه أفراد العينة في اليوم وذلك من خلال جدول تحديد كمية الأنسولين وقامت باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله.

جدول (41): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على جدول تحديد كمية الأنسولين.

تجريبية

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	ت	الدلالة
قبلي	ن8	0.56	0.30	0.10	0.52 1	غير دالة
بعدي	ن8	0.50	صفر	صفر	0.52	غير دالة

	1					
--	---	--	--	--	--	--

- غير دالة حيث (ت) المحسوبة = 0.521، (ت) الجدولية £ (2.31) ونلاحظ من الجداول السابقة عدم وجود فروق دالة القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حيث أن (ت) المحسوبة = 0.521، ت الجدولية £ (2.31).

جدول(42):يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين البعدي 1 و البعدي 2 على جدول تحديد كمية الأنسولين.

تجريبية

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ للمتوسط المعياري	ت	الدلالة
بعدي 1	ن8	0.50	صفر	صفر	1	غير دالة
بعدي 2	ن8	0.50	صفر	صفر	1	غير دالة

- غير دالة حيث (ت) المحسوبة = (1)، (ت) الجدولية £ (2.31) وأيضا عدم وجود فروق على القياس البعدي 1، البعدي 2 للمجموعة التجريبية، حيث أن (ت) المحسوبة = 1، (ت) الجدولية £ = (2.31)

جدول(43):يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة الضابطة التجريبية والضابطة في القياس مابعد المتابعة في جدول تحديد كمية تعاطي الأنسولين.

القياس	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	الخطأ للمتوسط المعياري	ت	دلالة
تجريبية	ن8	0.50	صفر	صفر	1	غير داله
ضابطة	ن8	0.50	صفر	صفر	1	غير داله

- غير دالة حيث (ت) المحسوبة = (1)، (ت) الجدولية £ (2.31) وأيضا عدم وجود فروق على القياس البعدي 1، البعدي 2 للمجموعة التجريبية، حيث أن (ت) المحسوبة = 1، (ت) الجدولية £ = (2.31)

7-1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على أن هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة باستمرار التقييم الذاتي بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

لاختبار هذا الفرض قامت الباحثة باستخراج النسب المئوية لتحسن أفراد العينة بعد التطبيق وبعد المتابعة عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله.

الجدول (44): يبين متوسط النسبة المئوية لتحسين أفراد العينة بعد التطبيق وبعد المتابعة.

العدد	نسبة وجود الأعراض قبل التطبيق		
	نسبة التحسن ما بعد المتابعة مع العلاج المعرفي السلوكي	نسبة التحسن بعد التطبيق مع العلاج المعرفي السلوكي	فرق قيمة التحسن
1	45	35	10
2	40	35	5
3	40	30	10
4	50	40	10
5	60	35	25
6	45	25	20
7	55	30	25
8	50	45	10
	48.1	33.8	15.7
	المتوسط الكلي		

جدول يبين النسب المئوية لتحسين أفراد مجموعة العلاج المعرفي السلوكي باستمرار التقييم الذاتي: نلاحظ من الجدول مقدار التحسن على أفراد المجموعة بعد المتابعة بلغ بعد أن كانت نسبة وجود الأعراض قبل تطبيق طريقة علاجية 100% وبعد المتابعة 48,1 % مقابل 33,8%.

7-1-6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

تنص هذه الفرضية على أنه (توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

ولتتحقق من صدق هذا الفرض إحصائياً قامت الباحثة بإجراء إختبار معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) لدى المجموعة التجريبية مجموعة العلاج المعرفي في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله.

جدول (45):معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في تقدير الذات.

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب
001	2,812-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة الرتب
		55-	5,50	10	الموجبة
				10	المجموع

يتضح من جدول (45) أن هناك فروق دالة في تقدير الذات بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 2,81 وهي دالة عند مستوى 001 كما يتضح من نتيجة الجدول رقم (45)

أن هناك فروق في درجة التحسن في تقدير الذات بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي عند مستوى 001 مما يؤكد الفرض بوجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تقدير الذات.

متوسط درجة تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج يساوي 10,9

متوسط درجة تقدير الذات بعد تطبيق البرنامج يساوي 19,9

## 7-1-7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

تنص هذه الفرضية على أنه توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

ولتحقق من صدق هذا الفرض إحصائياً قامت الباحثة بإجراء اختبار معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية مجموعة العلاج المعرفي في درجات المقاييس، (المهارات الاجتماعية)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله.

جدول (46): معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في (المهارات الاجتماعية)

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب
0.01	2,810-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة الرتب الموجبة
		55-	5,50	10	المجموع
				10	

ويتضح من جدول (46) أن هناك فروق دالة في المهارات الاجتماعية بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 2,810 وهي دالة عند مستوى 0.01 .

توجد فروق في درجة التحسن في المهارات الاجتماعية بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي عند مستوى 0.01.

متوسط درجة المهارات الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج يساوي 24,9

متوسط درجة المهارات الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج يساوي 42,6



7-1-8- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

تنص هذه الفرضية على أنه توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد مجموعة اليأس التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس لأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

ولتتحقق من صدق هذا الفرض إحصائياً قامت الباحثة بإجراء اختبار معامل ويلكوكسون لدى المجموعة التجريبية مجموعة العلاج المعرفي في درجات المقاييس، (اليأس)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله.

**جدول (47):معامل ويلكوكسن للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في اليأس**

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب
001	2,831-	55 صفر	5,50 صفر	10 صفر	الرتب السالبة الرتب الموجبة
				10	المجموع

يتضح من جدول (47) إن هناك فروق دالة في اليأس بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 2,931 وهي دالة عند مستوى 001 ويوضح من نتيجة الجدول رقم (47) وجود فروق في درجة انخفاض اليأس بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي عند مستوى 001.

متوسط درجة اليأس قبل تطبيق البرنامج يساوي 18,5

متوسط درجة اليأس بعد تطبيق البرنامج يساوي 11,1

## 7-1-9- عرض نتائج الفرضية التاسعة:

تنص هذه الفرضية على أنه لا توجد فروق متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج)

وللتحقق من صدق هذا الفرض إحصائياً عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله قامت الباحثة بأجراء معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في الاكتئاب وذلك بتطبيق قائمة العربية للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج للقياس البعدي وتطبيق الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق القياس البعدي (القياس التتبعي).

جدول (48):معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في الاكتئاب

مجموع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل ويلكوكسون	الدالة
الرتب السالبة الرتب	3	5,10	25,50	0360	غير دالة
الموجبة	5	3,88	19,50		
المجموع	8				

ويتضح من جدول (48) أنه لا توجد فروق في الاكتئاب بين القياس القبلي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 0.36 وهي غير دالة. استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في درجة الاكتئاب وذلك بعد شهرين من انتهاء تقديم البرنامج العلاجي والتقييم البعدي.

## 7-1-10- عرض نتائج الفرضية العاشرة:

تنص هذه الفرضية على أنه لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي.

وللتحقق من صدق هذا الفرض إحصائياً عن طريق البرنامج الإحصائي spss13 كما هو موضح في الجدول أسفله. قامت الباحثة بإجراء معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) لدى المجموعة التجريبية الأولى مجموعة العلاج المعرفي وذلك بتطبيق الأدوات اختبار اليأس للأطفال، في القياس البعدي وتطبيق الاختبار في القياس التتبعي معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس).

**جدول (49): يوضح معامل ويلكوكسون للفروق بين لقياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في تقدير الذات**

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب
غير دالة	1,508	8	4	2	الرتب السالبة
		28	4,67	6	الرتب الموجبة
				8	المجموع

ويتضح من جدول (49) أن لا توجد فروق دالة بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في تقدير الذات حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 1,508 وهو غير دال.

استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في تقدير الذات وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجي والتقييم البعدي.

**جدول (50): معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في المهارات الاجتماعية**

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب
غير دالة	1,503	13	4,33	3	الرتب السالبة
		42	6	5	الرتب الموجبة
				8	المجموع

يتضح من جدول (50) أنه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في المهارات الاجتماعية حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 1,503 وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (50) استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في المهارات الاجتماعية وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجي والتقييم البعدي وهذا يؤكد الفرض بعدم وجود فروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المهارات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية الأولى.

**جدول(51):معامل ويلكوكسون للفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية لتي تلقت العلاج المعرفي في اليأس**

الدالة	معامل ويلكوكسون	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب
غير دالة	0,905	12	4	3	الرتب السالبة
		24	4,80	5	الرتب الموجبة
				8	المجموع

ويتضح من الجدول (51) انه لا توجد فروق دالة بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي في اليأس حيث بلغ معامل ويلكوكسون (Wilcoxon) 0,905 وهو غير دال ويتضح من الجدول رقم (51) استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي في درجة اليأس وذلك بعد شهرين من انتهاء من تقديم البرنامج العلاجي والتقييم البعدي وهذا يؤكد الفرض على أنه لا توجد فروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي في اليأس لدى المجموعة التجريبية.

#### 7-2- مناقشة نتائج المعالجة الإحصائية للفرضيات :

7-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى المنطوقة بـ: يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة المراهقين مرضى السكر.

وبالعودة إلى ما تم الحصول عليه من نتائج اختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (35) يتبين أنه يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة المراهقين مرضى السكر.

وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى أن هناك خبرات مؤلمة موجودة لدى المراهقين مرضى السكري وترسخ وجود الاكتئاب، وهذه الخبرات موجودة لدى المرضى منذ الصغر، ورسخت في البنية المعرفية للمريض، ونتجت من الخوف من حدوث مضاعفات للمرض، وتحمل مسؤولية العلاج، والروتين اليومي الحتمي الذي يجب أن يسير عليه المريض. وبما أن المرض يصيب المراهقين في مراحل مبكرة من حياتهم، فبالتالي نجد أن هناك الخبرات يترتب عليها خبرات تالية، وعندما تستمر هذه الخبرات فإنها تصبح جزءاً من البنية المعرفية للمريض.

هذه البنية المعرفية تنشط عندما يتعرض الفرد لمواقف شبيهة بالخبرة المسؤولة عن تكوينها، مثل تعاطي الأنسولين، وإتباع الرجيم، والخوف من حدوث مضاعفات، والتهديد في صورة الجسم، والحرمان من أنواع محددة من الطعام، والنظرة المصحوبة بالشفقة من الآخرين، والخوف من الموت المبكر، كل ذلك في النهاية يؤدي لوجود نوع من العجز الاجتماعي، ويؤثر على وجود الحياة ويجعلها أكثر قسوة.

والمواقف غير السارة في حياة المريض تستثير جوانب معرفية (كالخوف من المستقبل، وانخفاض قيمة الذات، حرمان.....إلى غير ذلك) الأمر الذي يؤدي بدوره إلى جوانب انفعالية (حزن، يأس....) ويؤدي كذلك في النهاية إلى تناقض الأداء، إذن فمصدر الاكتئاب عند هذه الفئة هي الخبرات الناتجة عن المرض، والتي تكون سلبية في معظم الأحيان.

والعلاج المعرفي السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل سلوك المريض من خلال التأثير في الأفكار، فمن المعروف أن المعارف لها تأثيرها في السلوك فيلجأ الكثيرون إلى التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة، والمعلومة، والأعصبة طبقاً لنظرية "بك" تحدث نتيجة لمجموعة من التحريفات المعرفية في شكل إساءة تأويلات وتجريدات انتقائية وتعميمات زائدة واستنتاج اعتباطي.

وقد قامت الباحثة باستخدام الفنيات المعرفية والسلوكية لتساعد المرضى على تعلم ومعرفة تغيير البنية المعرفية للمريض بتقديم الأخطاء الموجودة بها.

وترجع نتائج هذا الفرض إلى ما يوليه العلاج المعرفي السلوكي من أهمية بتعليم الفرد النظر إلى أفكاره باعتبارها فروضا قابلة للاختبار والاستبدال أكثر منها حقائق لا تقبل الجدل،

وذلك ساعد الباحثة على مناقشة الفروض واختبارها بشكل إجرائي، والتحقق من عدم ملائمتها، فأدى ذلك إلى تغيير انفعالات وسلوكيات المريض تجاه المواقف.

وعن النظرة للمستقبل يرى المرضى أنفسهم والمستقبل والعالم بشكل سلبي وانه سوف يعاني من عجز بسبب المرض سواء في العمل أو الزواج، أو حدوث مضاعفات للمرض قد تؤدي إلى بتر عضو من أعضائه، ومن خلال قيام الباحث باختيار واقع المريض بتسجيل هذه الأفكار السلبية ومناقشتها ومساعدته في إيجاد البدائل لكل جزئية من جزئيات الفكرة السلبية العامة، وتعلم المريض في النهاية كيف يعين الفكرة وإلى أي مدى هي فكرة سلبية، الأمر الذي دفعه لمحاولة تصحيحها وحدث بعض التحسن في مشاعره.

واتضح أيضا من فحص الأفكار السلبية للمرض وجود أعراض اليأس التي تظهر من خلال فكرة (أنا سوف أموت صغير في السن) فقامت الباحثة بمناقشة أسباب الموت عند المريض، والتوصل في النهاية إلى أنه لا احد يستطيع أن يحدد اجله وأن هذا الأمر بيد الله وحده، ثم مناقشة البدائل المتاحة مع المريض بضرورة الاستمتاع بالحياة من خلال دفع المريض للقيام بأنشطة سارة، وممارسة تمارين الاسترخاء، وما أن يشعر المريض بنجاح في أداء هذه الأنشطة فإن رغبته في الحياة كانت تزداد، وتتغير هذه النظرة التشاؤمية، أن الحلول البديلة تركز على جعل الفرد واعيا بالتعارض في افتراضاته واعتقاداته.

إن الانتقادات الذاتية ورؤية بعض المرضى لأنفسهم عبء على الآخرين ويسببون للأسرة مشاكل عديدة بسبب المرض وتكاليفه، وخوف الأسرة الدائم عليهم، ومن خلال التدريب على إعادة العزو وإقناع المريض بأنه لا يمكن اختزال كل المشاكل حول ذاته فقط؛ لأن ذلك أمر شبه مستحيل، وإقناعه بأهمية مشاركة أفراد الأسرة لبعضهم في كل كبيرة وصغيرة، وأن المشاركة أمر طبيعي وبناء وقد أدى ذلك في النهاية إلى تخفيف حدة الانتقادات الذاتية، الأمر الذي أظهر تحسنا في وجدان المفحوصين.

ومن العوامل المؤدية لحدوث الاكتئاب: المشاكل والضغوط الخارجية التي تقع على المرضى كالحرمان من الطعام والفسح والرحلات، وقد قامت الباحثة بمساعدة المرضى على اتخاذ قرارات فيما يتعلق بهذه الضغوط، مثل مساعدتهم في كيفية إقناع الأسرة بجو الراحة والترفيه عن النفس ما لم يتعارض ذلك مع طبيعة المرض، والالتزام بأنواع معينة من الغذاء،

وكيف يقابل المريض ذلك الالتزام بعدم الحزن وقد قامت الباحثة ببحث المريض على المشاركة في أنشطة مختلفة وتقدير درجة إرضائه، وإتقانه لهذه الأنشطة بعد إقناعه بأنه بفكر بشكل غير صحيح وأن هذا النوع من التفكير يتسم بالضعف والعجز.

كما حاولت الباحثة العمل على تقبل المريض لذاته، وتقليل الكراهية الذاتية باستخدام التدريب المعرفي، وتخيل المواقف التي يصل فيها الكره الذاتي إلى درجات مرتفعة، واستخدام لعب الدور، وماذا سيكون موقفه لو أن صديقه الحميم في مكانه (أي هو المريض)، وكيف سيتعامل معه هل سيحبه أم سيتجنبه؟، مقارنة المريض بمجموعة أصدقاء من حيث الصفات الحسنة والسيئة، الأمر الذي خفف من شدة الاعتقاد، وزيادة شعور المريض ببعض الرضا عن الذات.

أما عن الكفاءة الذاتية للمريض فقد كانت تركز حول كيفية التحكم في المرض، وباستخدام التدريب المعرفي، والعلاج البديل قامت الباحثة ببحث المريض على القيام بالواجب المنزلي الذي يحتوي على عنصر هام، وهو المراقبة الذاتية، ولكن ليس للأفكار وإنما مراقبة نسب السكر في الجسم عن طريق قياسها في البول باستخدام شرائط معدة لذلك، وقيام الباحثة بتعليم المرضى كيفية القيام بقياسها، أما المرضى الذين كانوا يجيدون تلك المهارة ولا يمارسونها فأكدت الباحثة أهميتها لهم، وكيف أنها تجعلهم قادرين على التنبؤ بحدوث تغيرات انحلالية في أجسامهم، الأمر الذي يساعدهم على تفادي هذه التغيرات، وحققت المراقبة الذاتية سواء للأفكار أو لنسب السكر في البول فوائد عديدة أهمها انشغال المرضى عن مشاعرهم المؤلمة، وتحررهم من هذه المشاعر.

عناصر إضافية ساعدت على تحقيق التحسن وهي تمارين الاسترخاء بما فيها من فوائد ذكرتها دراسات عديدة من أنها تحقق الثبات الانفعالي للمريض وتجنبه المواقف الحرجة، نتائج هذا الفرض تتفق مع النتائج التي أوردتها دراسات: رونالد، جانيس 1982، ريتشارد 1983، جون ستوارت 1986، جيمس 1993، وترجع الباحثة استمرار التحسن خلال فترة المتابعة إلى استمرار تأثير البرنامج بفعاليته المختلفة، وإلى ممارسة المرضى للواجبات المنزلية التي تدعم الأفكار الصحيحة والمشاعر الإيجابية للمرضى.

7-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية المنطوقة بـ: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).

وترجع هذه النتيجة ومفادها (وجود فروق بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر في انخفاض حدة أعراض الاكتئابية لدى كل أفراد العينة إذ ظهر هذا التحسن خلال ثلاثة أشهر بواقع خمسة عشر جلسة وتعتبر هذه الفترة قصيرة لظهور التأثيرات العلاجية المختلفة مما يؤكد طبيعة أن العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى تظهر آثاره العلاجية خلال فترة أقصاها خمسة وعشرون جلسة علاجية .

7-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة المنطوقة بـ: لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي على عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة وترجع هذه النتيجة بأن أفراد العينة هم من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين Insulindependentdiabetes Mellitus (IDDM) حيث لا يستطيع الجسم تصنيع هذا الهرمون بالصورة التي تكفي حاجته وهذا الهرمون لا غنى عنه لاستمرار الحياة فهو الذي ينظم استخدام الأغذية التي تمد جميع الخلايا بما يلزم من مواد لتكوينها وتزويدها أيضاً بالطاقة لاستمرار الحياة، وهو الذي ينظم استعمال الجلوكوز بالسماح له بالمرور من الدم إلى الخلايا وبالتالي ينخفض مستواه المحدد في الدم. (بين وجبتين) يقلل من إفراز هذه الكمية وبالتالي فإنه في الأحوال العادية لا تكون نسبة السكر في الدم أبداً عالية أو منخفضة أكثر من اللازم وينظم الأنسولين أيضاً وإلى حد كبير عملية التمثيل العضوي للدهنيات والبروتينات إذن فعندما يقل الأنسولين وإفرازه يصاحب ذلك ارتفاع في نسبة السكر في الدم وظهوره في البول المر الذي يحتم حقن الفرد مرة وأكثر في اليوم. إذن فأفراد هذه الفئة لا يستطيعون الاستغناء عن هذا الهرمون أبداً لأهميته التي أوضحناها سابقاً. وبعض الأدبيات الطبية تشير إلى أن عدم زيادة التعاطي يعتبر مؤشر إيجابي أي تثبت التعاطي يدل على وجود تدخل علاجي فعال وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات (رونالد وجانيس 1982)، (ريتشارد 1983)، (جيمس 1993).



7-2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة المنطوقة بـ: لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل كمية الأنسولين لاختبار هذا الفرض قامت الباحثة بتحديد كمية الأنسولين التي يتعاطاها أفراد العينة في اليوم وذلك من خلال جدول تحديد كمية الأنسولين.

وتفسر هذه النتيجة أيضاً بأهمية الأنسولين للجسم الإنساني وخاصة عند مرضى النمط الأول وهو InsulindependentdiabetesMellitus أو النمط المعتمد على الأنسولين لضعف قدرة الجسم على إنتاج هذا الهرمون الحيوي. وثبات كمية الأنسولين يشير إلى عدم وجود تقلبات في مستوى جلوكوز الدم (ارتفاع/ انخفاض) وبالتالي عدم حاجة الجسم لتغيير هذه الكمية، وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة (كوكس 1995) من أن الالتزام المعرفي بمتطلبات المرض من التزام بالغذاء وكمية الأنسولين المناسبة، والتمارين يجنب المرضى حدوث تقلبات في جلوكوز الدم وبالتالي تغيرات في حاجة الجسم إلى كميات مختلفة من الأنسولين.

7-2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة المنطوقة بـ: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات) ، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج مباشرة).

تشير النتائج السابقة المثبتة في الجدول رقم (44) إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الأولى في تقدير الذات بعد تلقي العلاج المعرفي "بيك" وذلك تتفق هذه النتيجة من نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة Vostani et al 1998, Last et al 1998, King et al 1998, Feehan&Vostanis 1996, Kahanata 1990

اهتمت الباحثة بجدول الأنشطة بالاشتراك مع الأطفال المكتئبين مما يترتب عليه بأن الأطفال يعيشون في نقد الذات بسبب انسحابهم عن المجتمع والعزلة عنه وإنهم لا يتسموا بالنشاط ويبررون ذلك الانسحاب من المجتمع وعدم التفاعل معه بأنهم ليس لهم أهمية في المجتمع أو إنهم يشعرون بالعبء على الآخرين مما جعلهم في حالة من السلبية والانعزال، ولذلك عملت الباحثة على دفع الأطفال على ممارسة الأنشطة وكان في البداية يعطى للطفل بعض الأنشطة البسيطة التي تساعده على إنجازها حتى يشعر بالنجاح في إنجاز النشاط وبالتالي يكون لديه الدافعية لأداء أنشطة أخرى

وبذلك يحقق لهم تقديراً إيجابياً للذات وكانت الباحثة تهتم بمحاولة الطفل لممارسة النشاط إذ لن يفقد شيئاً إذا حاول إذ لم يستطيع لأته لا يستطيع الإنسان أن ينجز كل الأشياء التي يخطط لها وبالتالي أنه ليس الأسوأ في ذلك والتركيز على ما يقوم به الطفل الاكتئابي من أنشطة في حياته اليومية أهمية بالغة في مساعدته على التغلب على مرضه وليساعده على فحص أفكاره التي تركز على أن لا أستطيع عمل أي شيء وأيضا يساعد النشاط على الاستمتاع والإحساس بالقدرة ومساعدته على التحكم في أمور حياته.

7-2-6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة المنطوقة بـ : توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) في درجات مقياس للمهارات الاجتماعية. في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

تشير النتائج السابقة المثبتة في الجدول رقم (45) إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الأولى في تقدير الذات بعد تلقي العلاج المعرفي "بيك" وذلك تتفق هذه النتيجة من نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة Vostani et al 1998, Last et al 1998, King et al 1998, Feehan&Vostanis 1996, Kahanata 1990

اهتمت الباحثة بجدول الأنشطة بالاشتراك مع الأطفال المكتئبين مما يترتب عليه بأن الأطفال يعيشون في نقد الذات بسبب انسحابهم عن المجتمع والعزلة عنه وإنهم لا يتسموا بالنشاط ويبررون ذلك الانسحاب من المجتمع وعدم التفاعل معه بأنهم ليس لهم أهمية في المجتمع أو إنهم يشعرون بالعبء على الآخرين مما جعلهم في حالة من السلبية والانعزال، ولذلك عملت الباحثة على دفع الأطفال إلى ممارسة الأنشطة وكانت في البداية تعطي للطفل بعض الأنشطة البسيطة التي تساعد على إنجازها حتى يشعر بالنجاح في إنجاز النشاط وبالتالي يكون لديه الدافعية لأداء أنشطة أخرى.

7-2-7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة المنطوقة بـ : توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس للأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

تشير نتيجة الفرض المثبتة في الجدول رقم (46) إلى أنه توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، وتتفق مع دراسة Marcotte 1996 وتدريب الأطفال المكتئبين عليها بأسلوب الشرح والتوضيح والنمذجة ولعب الدور والتغذية الراجعة ولقد تراوحت الفنيات من تدريب على نظرية A.B.C والتعرف على الأفكار اللاعقلانية الشائعة إلى الكشف عن، تحديد الأفكار اللاعقلانية من خلال نماذج التحليل الذاتي العقلاني والتخيل العقلاني الانفعالي، للوصول إلى الأثر الانفعالي الايجابي الجديد وأيضا بتكرار هذه التدريبات من خلال الواجبات المنزلية.

وباستخدام أساليب المواجهة المعرفية والانفعالية والسلوكية للمواقف المؤثرة والتي تعتبر الأفكار اللاعقلانية مسؤولة من إحداث المشاعر المضطربة المرتبطة بها هذا بالإضافة للتركيز على إشكال لوم الذات وتقليل من تقدير الذات زيادة استيعاب الأطفال للمفاهيم العقلانية المستندة إلى افتراض (اليس)، حول أن العقلانية هي أساس تحقيق التوافق وان الاضطرابات النفسية والانفعالية ينجم عن التفكير اللاعقلاني.

وحيث أن الاضطرابات الانفعالية كما يقول (اليس) تتجم عن أسلوب التفكير لذا فمن المتوقع تأثير البرنامج علاجي مبني على أساس تحدى واستبدال المعتقدات اللاعقلانية المختلفة وظيفيا والمؤدية للمشاعر السلبية الحادة والذي يتأثر بارتفاع تقدير الذات وعدم لوم الذات والتقليل من الأفكار والمشاعر الهدامة المحبطة للذات وتشجيع وتعليم كيفية تحمل الإحباط والانسحاب والكآبة الذي يتميز به هؤلاء الأطفال المكتئبين من خلال البرنامج يمكن الوصول إلى أطفال على مستوى منخفض في الاكتئاب ويتمتعوا بصحة نفسية ايجابية.

إن الذات تضطرب حسب مفهوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بسبب المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالذات حيث يقوم الفرد بوضع مطالب إلزامية متعلقة بذاته وبالآخرين وبالعالم وعندما لا يتم إشباع وتحقيق هذه المطالب فإن الفرد يكتئب وينسحب ويشعر بانخفاض قيمته الذاتية وتسهم الخبرات التالية في اضطراب الذات مثل الفشل في تحقيق هدف مهم والقيام بالعمل بشكل غير كفاء وعدم الحصول على قبول واستحسان وتقدير وحب الآخرين المهمين التعرض للانتقاد والسخرية وعدم بذل مجهود كاف للوصول إلى مستوى أداء جيد. (Ellis & Dryden .1997 :202)

وبالمقابل فإن العلاج العقلاني السلوكي يضع البدائل الصحية لاضطرابات الذات من خلال تعريف وتعليم الأطفال المكتئبين لمجموعة من المعتقدات العقلانية المبنية على مفهوم تقبل الذات غير المشروط والذي تعززه مبادئ: عدم وضع تقديرات عامة للذات وان الناس كائنات معرضة للخطأ وبالتالي لا يوجد شخص أفضل من الآخر.

ويوضح هذا المبدأ أن العلاج المعرفي السلوكي واحد من أفضل العلاجات النفسية وتجنب التعميم فعندما يطبق الناس مفهوم تقدير الذات المشروط فهم يرتكبون أخطاء في التعميم المبالغ فيه فالطفل المكتئب يستدل على انه فشل في تحقيق هدف ما ويقيم هذا الفشل بشكل سلبي ثم يستنتج انه إنسان فاشل أي يقدر كل ذاته على أساس تقديره لجزء في ذاته إما في حالة تطبيق مبدأ تقدير الذات من خلال تقبل للذات غير المشروط فإن الفرد يبقى مستنتجا انه فشل في تحقيق هدفه ويبقى يقيم هذا الفشل سلبيا لكن هذا يبرهن له انه كائن بشري غير معصوم من الخطأ وهذا يعبر عن المنطق تماما.

نجد الطفل يعتقد انه غير كفاء لأنه يتصرف في موقف اجتماعي بشكل غير ملائم ولذلك يعتقد أن الذات لديه ليس ذات تقدير ولذلك ينشأ لديه معتقد جامد غير مرن ويكون البديل تعديل هذا المعتقد بأخر بتقدير الذات غير الشروط وتقبلها وهو يعني تقبله لنفسه كإنسان عرضه للخطأ في موقف معين.

مثل الطفل الذي يعتقد أنه يتصرف بشكل غير ملائم في موقف مع زملائه ولكن يبذل المعتقد بشكل معتقد مرن أنه يمكن أن يتعلم كيف يتصرف بشكل ملائم مع زملائه والإنسان يتعلم من أخطائه.

#### 7-2-8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة المنطوقة بـ: هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى

أفراد العينة باستمارة التقويم الذاتي بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

يمكن تفسير نتائج الجدول رقم (47) المتعلقة بهذه الفرضية بأن العلاج المعرفي السلوكي يعزز من فعال خلال فترة العلاج أم بعد فترة المتابعة إذ بقيت آثار التدخل العلاجي لفترات المتابعة والتي دامت شهر.

كما أن العلاج المعرفي السلوكي منفردًا استطاع أن يحافظ على تحسن الأعراض بل ويزيد في نسبة التحسن هذه ويفسر ذلك بأن العلاج المعرفي السلوكي يقلل من نسبة الانتكاس

وعودة حدوث المرض بسبب الطبيعة التعليمية لنظرية العلاج المعرفي-السلوكي ولأنها تهدف أساساً إلى الإنقاص من قابلية التعرض للاكتئاب وذلك بتعديل المخططات لدى المتعالج التي تقود إلى معالجة المعلومات بطريقة سلبية وبالتالي نستطيع أن نقول أن العلاج المعرفي السلوكي يحمي من خطر الأحداث المستقبلية التي تلي إنهاء المعالجة

7-2-9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة المنطوقة بـ: لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، على درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج) وتشير نتيجة الفرض إلى استمرار التحسن لدى المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي وذلك يتفق مع دراسات (lasts et al 1998, King et al 1998, Vostanis et al 1999, Binaher et al 2000)

ويركز العلاج المعرفي على عملية إعادة البناء المعرفي والأطر التخطيطية لاكساب الأطفال البصيرة وبالتالي تمييز وتغيير الأفكار السلبية التي تمثل الأطر التخطيطية للأطفال المكتئبين فأسلوب الأطفال المكتئبين في الشعور بالسلوك بتحدد بواسطة الكيفية التي يدركون ويشكلون بها خبراتهم (Corey :1997pp337).

ولذلك تم بناء البرنامج العلاج المعرفي على اكتساب الخبرة التدريبية في العملية العلاجية لاكساب الأطفال السكريين المكتئبين مهارات في الشخصية تجعلهم يغيرون أبنيتهم المعرفية نتيجة لتغير سلوكهم وبالتالي يعدلوا أحاديثهم الذاتية.

كما أدت خبرات التدريب التي اكتسبوها من خلال البرنامج إلى ارتفاع المهارات الاجتماعية لديهم إلى اكتساب مهارة الإنصات السليم وفهم آراء الآخرين والضبط الذاتي بما يجعلهم أكثر قدرة وكفاءة في إقامة علاقات طيبة مع المحيطين بهم وهذا ما جعل الآخرين من المحيطين بهم أن يقدم إليهم تغذية راجعة إيجابية وبالتالي بدا يختفي لديهم بعض المشكلات التي كانوا يعتقدون فيها مثل مشكلة إحساسهم بكرهية الوالدين أو أن لا أحد يحبهم وهذا انعكس في تعبير الأطفال المكتئبين عن أنفسهم خلال الجلسات عن تلقيهم كلمات الإعجاب والثناء من أفراد الأسرة وضح ذلك أثناء أدائهم للواجبات المنزلية يفترض العلاج المعرفي أن الفرد الذي يعاني من الاكتئاب يعاني من فقر في المهارات الاجتماعية الضرورية للأداء الشخصي ويكون وظيفة الباحث الاهتمام بهذه المهارات عن طريق تعليم نشط ومدروس وتعد خطوات محددة لسلوكات مرغوبة ولذلك اهتم الباحث في البرنامج العلاج المعرفي الحالي بالمهارات الاجتماعية وذلك

من خلال استخدام استراتيجيات الشرح والنمذجة للمهارة ولعب الدور وأداء الواجبات المنزلية للتدريب على المهارات التعليمية ونقل أثر التدريب للحياة الواقعية والتعزيز الذاتي، التقييم الذاتي المراقبة الذاتية مما ساعدهم على الوصول إلى مرحلة اتخاذ القرار وزاد القدرة في التعامل مع البيئة الاجتماعية وحسنت عملية التفكير لديهم من خلال ردود فعل هذه المهارات على الأبنية المعرفية الخاصة بهم الانفعالية المضطربة مثل (القلق، الاكتئاب،.....) ولكن يوضح كيف يتحسنون بالتعرف على وإزالة الاعتقادات الجوهرية المحدثة للاضطراب والشعور بشكل أفضل يحدث غالبا حلا مخففا وقصير المدى لمشاكل المريض في حين أن التحسن يحدث غالبا حلا فلسفيا ودائما. (Neenn&Dryden 1996)

وفي ضوء البرنامج المعرفي السلوكي استطاعت الباحثة تغيير الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال السكريين المكتئبين، تلك الأفكار التي تتسم بعدم موضوعيتها المبنية على التوقعات السلبية السيئة وعلى المبالغة والتعميم، أخطاء الحكم، التي لا تتفق مع الإمكانيات الفعلية للطفل، وتم ذلك من خلال الهجوم المتظم على تلك الأفكار اللاعقلانية باستخدام أساليب الإقناع والتشجيع وغيرها من فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

7-2-10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة المنطوقة بـ: لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي.

وتشير نتائج معالجة بيانات الفرض في الجدول رقم (49) (50) (51) إلى نجاح الأسلوب العلاجي في إكساب المهارات الاجتماعية واستمرار تأثيره الإيجابي على أفراد المجموعة التجريبية العلاج المعرفي في فترة القياس التتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) أن الاحتفاظ بالأثر العلاجي يعود للأهمية الخاصة لتقوية الكفاءة الاجتماعية واكتساب المهارات والتعبير عن الذات التي تؤدي إلى تحسن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال السكريين المكتئبين.

### 7-3- تعليق عام على النتائج:

بالنظر إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة نجد أن جميع فروض الدراسة قد تحقق في معظم جزئياتها وبذلك تكون قد تحقق الأهداف الهامة التي قامت من أجلها وقد تلخصت هذه النتائج في مجموعة من الخطوط العريضة كما يلي:

وقد جاءت النتائج الدراسية الحالية لتؤكد كفاءة العلاج المعرفي السلوكي (بيك) وتقف نتائجها على ما جاء في العديد من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على أن العلاج المعرفي السلوكي هو طريقة ذات فاعلية في تخفيف اضطراب الاكتئاب لدى الأطفال المكتئبين ويتفق ذلك مع دراسات.

**Lewinsohen et al, 1990 joycox et al 1994, vostonis et al 1996, feehan & vostonis 1996, wood et al 1996, weisz et al 1997, Brent et al 1997, king et al 1998, lasts et al 1998, vostonis et al 1998, Mendlowitz et al 1999, Bimaher et al 2000, Berbistein et al 2000.**

العلاج المعرفي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير حيث أنه من المعروف أن المعارف لها تأثيرها في السلوك فتغير المعارف ينتج عنه تغيير في السلوك وفي نفس الوقت فإن تغيير السلوك ينتج عنه تغيير في المعارف مثل (التفكير - تقدير الذات) وهكذا ذهابا وإيابا فهذه حالة متبادلة بين المعارف والانفعالات والسلوك وأيضا له دور هام في تغيير السلوك وفي تغيير الانفعالات والتفكير فالأفكار الاتوماتيكية التي تحدث لدى الطفل المكتئب تكون ناتجة عن إحداث مزعجة إنفعالية تؤثر في الطفل وكذلك الاعتقادات الخاطئة أو المختلة وظيفيا والتي لقبها بيك (Beck) تركيبات معرفية أو مخططات.

وفي العلاج المعرفي يساعد الباحث الطفل على تحديد المعارف السلبية المحرفة والتي تكون ناشئة عن اعتقادات مختلة وظيفيا هذه المعارف والاعتقادات توضع لتحليل منطقي من خلال الواجبات المنزلية يتعلم الطفل أن يحقق تفكيراً مرتبطاً بالواقع وذلك قام الباحث باستخدام الفنيات السلوكية والمعرفية ليساعد الطفل المكتئب على التعلم والترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك وأن يراقب تفكيراته السلبية وأن يفحص الأفكار المنحرفة وأن يحاول ربطها بالواقع وذلك كله لكي يصل الباحث إلى تغيير البنيان المعرفي للطفل المكتئب.

فالأعراض المتنوعة للاكتئاب مثل اليأس، الحزن، فقدان الشهية، الإحساس بالفشل، الإحساس بعدم الرضا... الخ فالأعراض الاكتئابية تتغير كما أوضحت هذه الدراسة تبعاً في النظام المعرفي لدى الطفل المكتئب.

ويرى الباحث أن استمرار تأثير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند التقييم البعدي حيث يتم تدريب الطفل على التعامل مع الأفكار المرتبطة بالاضطراب وكذلك على التعامل مع

ما قد يستجد من أفكار في المستقبل مما يجعله قادرا على التعامل مع هذه الأفكار التي قد تنشأ لديه مستقبل نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية وفي ذلك يؤكد (اليس) إن العلاج السلوكي يحدث تغيرات معرفية وسلوكية تجعل الفرد اقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل وتؤكد الدراسة على الكفاءة العلاجية التي يتمتع بها العلاج السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى الأطفال مرضى السكري ويبدو أن مفاهيم ومبادئه النظرية وأساليبه العلاجية تبدو مناسبة أيضا لهذه الفئة من الأطفال المكتئبين فالمعتقد الرئيسي الذي يستند إليه العلاج العقلاني الانفعالي يتضمن أن الفرد الذي يفكر بشكل عقلائي يستطيع أن يسيطر على انفعالاته وأن لا يجعل نفسه عرضه للأفكار اللاعقلانية التي يمكنها أن تسيطر عليه وتساعد على ظهور الاضطراب وأن برنامج العلاج المعرفي يسعى للوصول بالطفل إلى هذا المستوى العقلاني وذلك ضمن أساليب تعليمية وفتيات معرفية وسلوكية متعددة وهذا ما تم في هذه الدراسة الحالية حيث تم التركيز في الجلسات العلاجية الأولى على بناء علاقة مهنية مساعدة بين الباحثة والأطفال المكتئبين كأن يشجعهم على التحدث براحة وحرية وبمجرد أن تم التأكد من تشكيل التحالف التعاوني والعلاجي وأصررت الباحثة على وضع أهداف رئيسية حيث يقوم الأطفال بتعين المعتقدات والمشاعر والسلوكيات التي يرغب في انتقاصها أو التقليل منها حيث يقوم الباحث بتوضيح كيف تؤدي المعتقدات اللاعقلانية للمشاعر والسلوكيات السلبية وعندما يدرك الأطفال أن معتقدات لاعقلانية تؤدي إلى انفعالات وسلوكيات مختلة وظيفيا يقوم الباحث بتعرفهم لماذا يتمسكون بالمفاهيم الخاطئة القديمة بدلا من التخلص منها ويصمم الواجبات المنزلية بعناية تناسب الأطفال وجعلهم يستطيعون إنجازها بطريقة إيجابية وإحداث تغير انفعالي لديهم والواجبات المنزلية يتم فحصها في الجلسات التالية وتعلم الأطفال المكتئبين طرقا فعالة في تغيير أفكارهم الهادمة للذات.

وباختصار فإن العملية العلاجية تتضمن تعليم الأطفال النشاط وإن إدانة الذات ولومها يعد أحد الأسباب الرئيسية للاضطراب الانفعالي وحدث الاكتئاب.

يفسر ذلك بأن الطرق المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي فيما يذكر (سامى هاشم، 1997، 68) لا تستطيع فقط السيطرة على مشاعر عدم اللقاء بل السيطرة على الإحباط وعدم الارتياح فزيادة كم المعلومات التي يدركها الفرد عن نفسه يمكن أن تؤدي إلى زيادة حاجة الفرد



أي تعديل التحكم والسيطرة، حيث أن وجود السيطرة والتحكم بصور كافية لدى الفرد يمكن أن يؤدي إلى تغلب الجوانب الانفعالية على الجوانب الفعلية.

فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تعليم الفرد الطريقة العقلانية المنطقية في التفكير، حيث يتميز التفكير المعرفي بأنه يقوم على الواقع الفعلي وليس الوهم والخيال، يساعد الفرد على حماية نفسه، يبعد الفرد عن المشاكل مع الآخرين، يحرر الفرد من الصراعات الانفعالية (إيهاب البيلاوي، 2001، ص 266)

إن هذه المدرسة العلاجية تسعى لإكساب الأطفال فلسفة عقلانية تساعدهم على حل مشاكلهم العقلية الحالية المتمثلة في الاكتئاب وعلى التعامل بنجاح مع هذا الاضطراب في المستقبل فالعملية العلاجية من خلال هذا الأسلوب تجعل الأطفال يستخدمون مبادئ العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة الاكتئاب فقط ولكنه أيضا مع الاضطراب الانفعالية الأخرى أو مع مشكلات الحياة التي يمكن أن يواجهها في المستقبل فهم خلال العملية العلاجية تعلموا مهارات التعرف والكشف من التحديد ومناقضة وتغيير المعتقدات اللاعقلانية بالعقلانية وباستمرار ممارستهم لتطبيق هذه المبادئ العقلانية.

فإنهم مع الزمن يطورون الفلسفة العقلانية المؤدية بهم للتغلب على العقبات التي يتعرضون لها مستقبلا وبهذا يحافظون على استمرارية أنماط التفكير العقلاني لديهم والقائمة على التفكير الصحيح وتراجع لديهم معظم المشاعر والسلوكيات المضطربة المسؤولة من تفاهم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب والتي يمكن أن تظهر في شكل الكآبة والانسحاب وتقدير الذات المنخفضة و الإحباط ولوم الذات وهذه جميعها مصدرها الأفكار اللاعقلانية المليئة بالجوانب المطلقة والتهويل وعدم التحمل ومن هنا فالعملية العلاجية بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تتجلى فعالية في إكساب الأطفال استبصار بالذات.

وبشكل إجمالي العلاج المستخدم في الدراسة الحالية نجح في اقتراح أسلوب علاجي لتخفيف الاكتئاب لدى الأطفال و هناك تفوق لأسلوب العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في المحافظة على المكاسب العلاجية في تخفيف الاكتئاب وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية والتخفيف من اليأس اللاعقلانية وذلك كما أتضح في المقارنات البعدية والتتبعية حيث لم توجد فروق دالة بين القياسيين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية واحتياج دعم العلاج النفسي المستمر وأكدت على أهمية العلاج المعرفي السلوكي في ظهور إثارة بعد فترة

من تلقى العلاج واستمرار هذا التأثير فترة طويلة مثل دراسة **Dobson 1989/ Derubeisetal 1990/Clum,&Surts 1993-Willams.1992-Oei&Free 1995**

أن أثر العلاج المعرفي السلوكي قياسا على أثر غيره من أنواع العلاج الأخرى يدوم فترة أطول ويتخذ المعالجون المعرفيون السلوكيين عدد من الإجراءات التي تساعد على ذلك من الأمور الهامة التي يحرص عليها المعالجون على التطرق لها من خلال العملية العلاجية أو بعض الصعوبات التي قد تواجه المريض مثل احتمال عودة الأعراض أو حدوث بعض الحوادث غير السارة خلال فترة العلاج أو بعد انتهاء العلاج في محاولة منهم لمساعدة المريض مع إدراك أن عودة الأعراض لا يعني بالضرورة إنها سوف تستمر ويمكن للمعالج الاستعانة باستخدام المقاييس أو التقرير الذاتية للمريض لقياس حالته في أوقات مختلفة سوف يتضح للمريض أنه يحدث تحسن في الأسابيع الأولى للعلاج ثم تسوء الحالة في الأسابيع التالية ثم تتحسن بشكل ملحوظ في الأسابيع الأخيرة هذه الطريقة تؤكد للمريض أن التحسن يأتي ثم عودة الأعراض أو عودة بعضها خلال فترة العلاج وليس هناك ما يبهر عدم حدوث ذلك (اختفاء الأعراض بعد ظهورها) بعد العلاج خصوصا بعد اكتساب المريض العديد من المهارات التي من الممكن استخدامها بعد انتهاء العلاج ولتعزيز قدرة المريض على ذلك يؤكد المعالج دائما كلما سنحت الفرصة على أنه لعب دورا كبير في تحسن حالته. **(J.beck 1996)**

يؤكد المعالج للمريض كلما سنحت الفرصة على أنه لعب دورا كبير في تحسن حالته.

يشجع المعالج المريض على تسجيل النقاط المهمة في العلاج لتذكره و الاستفادة منها عند الحاجة، ويحرص المعالج على أن يكون نشاطه أكثر في بداية العلاج ثم يبدأ في تدريجيا في التقليل منه حتى يكون نشاط المعالج في نهاية العلاج بهدف تدريب المريض على أن يصبح معالجا لنفسه بعد نهاية العلاج. **(wills& Sanders 1997)**

ويمكن للمعالج أن يلتقى بالمريض مرة كل شهر على الأقل لمراجعة ومناقشة الأعراض التي يمكن الظهور ولمساعدة المريض في منع حدوث انتكاسة لحالته وترى من خلال نتائج الدراسة أن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي يمكن أن، يحقق كفاءة عالية في علاج الاكتئاب وأفضل من العلاج الدوائي فقط ويقلل من حدوث انتكاسة للمريض مع مرور الوقت واستخدام العلاج النفسي والعلاج الدوائي من الأساليب المهمة في علاج الاكتئاب عند أطفال مرضى السكري مع عدم التقليل من أهمية إحدى الأسلوبين عن الآخر.

## خاتمة:

تعد هذه الدراسة على جانب كبير من الأهمية في ميدان العلاج بصفة عامة وميدان العلاج المعرفي للمراهق المصاب بمرض السكري بصفة خاصة، الذي يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج وهو واحد من الطرائق العلاجية النفسية التي تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي وهي إدراكات لأهمية الأحداث أو إدراكات تقييم لهذه الأحداث أو كلاهما معاً فيما يتعلق بأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الشخص أو بالنسبة لأفكارها، وتصوراته عن نفسه ومحيطه فمن خلال هذه الدراسة توصلت الباحثة إلى أنه:

يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة المراهقين مرضى السكري، وهناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان بعد تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي)، كذلك لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفراد عينة الدراسة،

كما لا يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة، وهناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة باستمرار التقييم الذاتي بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة، و توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)،

و توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)، وهناك فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات مقياس اليأس للأفراد العينة في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)، كما لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات

الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج)، ولا توجد فروق دالة بين بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي. لقد جاءت نتائج البحث السابقة لتؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وبالتالي فاعلية البرنامج المعد وضرورته لكل أفراد العينة بما يحويه من تقنيات تغيير

معرفية تعدل على الأقل الأفكار غير العقلانية وتقنيات سلوكية تزيد في تكيف المتعالجين مع واقعهم وتخفف من شعورهم بالعجز تجاهه بالرغم من هذا هناك صعوبات واجهت الباحثة خلال تنفيذ البحث منها صعوبة إكمال عدد أفراد العينة المعرفية السلوكية إلى ثمانية حالات وخاصة بعد إنقطاع إحدى المتعالجات بلا مبرر واضح وكذلك صعوبة تعلم المتعالج مراقبة أفكاره وكذلك صعوبة تمييزه المشاعر عن الأفكار حيث إستغرق ذلك أكثر من الوقت المحدد ضمن الجلسة العلاجية الواحدة الإختلاف بين المتعالجين في عدد الجلسات العلاجية وذلك لإختلاف في مظاهر وحدة الإكتئاب من متعالج إلى آخر ورغم ذلك حرصت الباحثة على أن لا يقل عدد الجلسات عن خمس عشرة جلسة.

وهذه الدراسة محاولة في إطار البحث في العلاج المعرفي لدى المراهقين السكريين وفتحاً لأبواب أخرى تزيد البحث في هذا المجال ضمن البيئة الجزائرية.

#### توصيات الدراسة:

- 1- توصي الدراسة بضرورة الاهتمام بالأطفال ذوي الأمراض المزمنة وخاصة مرضى السكر وألا يقتصر الأمر على ذوي الإعاقات الظاهرة خاصة وأن هناك بعض الباحثين صنف المصابين بمرض السكري بفئات معاقة.
- 2- استثمار البرنامج المقترح الذي ثبت فعاليته في تقديم الإرشاد الوقائي إلى الأطفال اللذين تتبدى عليهم بعض مظاهر الاكتئاب على فترات متباعدة كي يسترشدوا به ويفيدوا منه ويسهموا في نشر الثقافة النفسية العلاجية لدى الناس عموماً .
- 3- إجراء بحوث ودراسات حول أسلوب العلاج المشترك القائم على أسلوب العلاج المشترك بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي لمختلف الاضطرابات النفسية ولمختلف الفئات العمرية.
- 4- إجراء بحوث متابعة العلاج على الأقل لمدة سنة بعد انتهاء الجلسات العلاجية فالشفاء كما يقول روجورز لا يمكن رؤيته بل نرى آثاره من خلال المتابعة الطويلة لمنع عودة الإضطراب (الانتكاس).
- 5- الحرص على تطوير البرنامج المقترح والذي ثبتت فعاليته لدى أفراد العينة المستهدفة بحيث يواكب آخر المستجدات في مجال العلاج المعرفي السلوكي،

6- استثمار البرنامج المقترح في علاج بعض الأفراد اللذين لديهم بعض المظاهر الاكتئابية كتقدير الذات المنخفض أو الشعور بالعجز والكسل قبل أن يصلوا إلى متلازمة الاكتئاب.

7- توجيه الأبحاث والدراسات النفسية نحو دراسة الأساليب والطرق الفاعلة في نشر مبادئ نظرية (بيك) في العلاج المعرفي، من أجل توسيع دائرة الصحة النفسية.

### البحوث المقترحة:

في ضوء ما أسفرت نتائج الدراسة الحالية، واستكمالاً للجهد الذي بذلته الدراسة الحالية تقترح الباحثة إمكانية القيام بمزيد من البحوث والدراسات التالية:

1- فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المراهقين في المرحلة العمرية 15-18 سنة.

2- فعالية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين في مرحلة الطفولة المتأخرة.

3- دراسة مقارنة لمدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج باللعب في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة.

4- فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى الأطفال المكتئبين في مرحلة الطفولة المتأخرة (دراسة مقارنة بين الجنسين).

5- دراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (دراسة مقارنة بين الجنسين).

## المراجع بالعربية:

- 1) إبراهيم عبد الستار (1980) العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، سلسلة عالم المعرفة العدد (27) المجلس الوطني للثقافة والعلوم، الكويت.
- 2) إبراهيم عبد الستار (1998) الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، سلسلة عالم المعرفة العدد 239 المجلس الوطني للثقافة والعلوم، الكويت.
- 3) إبراهيم، عبد الستار (1994): العلاج اضطراب العصر الحديث، سلسلة عالم المعرفة العدد (239) المجلس الوطني للثقافة والعلوم، الكويت.
- 4) إجلال سرى، (1990)، علم النفس العلاجي، القاهرة، الانجلو مصرية.
- 5) أحمد عكاشة 1982، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، ط 1 مكتبة الانجلو المصرية.
- 6) أسماء عبد الله عطيه (2009)، الإرشاد السلوكي والمعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال ط1، مؤسسة موريس الدولية، للنشر والتوزيع الإسكندرية
- 7) إسماعيل علوي، بنعيسى زغبوب (2009)، العلاج النفسي المعرفي 2009 ط1 عالم الكتب الحديث النشر والتوزيع إربد الأردن.
- 8) أنطوني سطور (1996) العبقرية والتحليل النفسي: فرويد ويونغ مفهوم الشخصية في تحرير بنيولولي مري العبقرية: تاريخ الفكرة ترجمة محمد عبد الواحد أحمد ومراجعة عبد العفاري مكاوي الكويت سلسلة عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب العدد 208.
- 9) أولتمانيز، نيل أدافنيسون (2000) دراسة حالات في علم النفس المرض ترجمة رزق، سند إبراهيم، القاهرة، دار الحكيم للطباعة.
- 10) إيهاب البيلاوي (2001) قلق التكييف تشخيص وعلاجه ط1، القاهرة دار الكتاب الحديث.
- 11) باترسون، س.هـ (1990) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.

- 12) بيك، آرون، ترجمة عادل مصطفى وغسان يعقوب (2000) العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 13) تقرير وزارة الصحة المصرية 2004.
- 14) جابر عبد الحميد علاء الدين كفاي (1991): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، القاهرة دار النهضة العربية.
- 15) جمعة السيد يوسف، (2001) النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 16) الجمعية، عبد العزيز (2002) العلاج المعرفي، وزارة الصحة، مستشفى الأمل، بيروت.
- 17) جيهان رشتي (1993) الأسس العلمية لنظريات، القاهرة دار النهضة للعربية.
- 18) الحجار، محمد حمدي (1991) المعين في الطب النفسي، دار طلاس للدراسات، دمشق.
- 19) الحجار، محمد حمدي (1992): الحقيبة التدريبية- البرنامج العلمي لتثقيف المدمن المراهق ضد الإدمان على المسكرات والمواد المخدرة والإرشاد الأسري، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- 20) الحجار، محمد حمدي (1999) الوجيه في فن ممارسة العلاج النفسي- السلوكي دار النفائس بيروت.
- 21) حسين على قايد (1998) الفروق في الإكتئاب واليأس وتصور الإنتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها المجلد 8 العدد الأول يناير دراسات نفسية.
- 22) حمصي أنطوان (1991) أصول البحث في علم النفس، مطبعة الإتحاد، جامعة دمشق.
- 23) دائرة المعارف الطبية (1995)، القاهرة. كتاب الجمهورية.
- 24) راتيان، وآخرون (2002): العلاج النفسي بالمحادثة، التغيير من خلال الفهم، دار المسيرة، عمان.
- 25) سعد جلال (1980)، "في الصحة العقلية". القاهرة، دار المعرف.
- 26) سعد علي 1994 علم الشذوذ النفسي، منشورات، جامعة دمشق.

- (27) سلوى عبد الباقي 1992 الإكتتاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية رابطة الإحصائية النفسية المصرية يوليو 1992 ل 2 ج 4372.
- (28) السيد إبراهيم السمدوني 1994 مفهوم الذات لدى الأطفال ما قبل المدرسة في علاقته بالمهارات الاجتماعية للوالدين دراسات نفسية يوليو 1994 العدد الثالث.
- (29) الشربيني، لطفي (2001): الإكتتاب المرضى للعلاج، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- (30) الشناوي محمد محروس، وعبد الرحمن محمد السيد 1998 العلاج السلوكي الحديث دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
- (31) الشناوي، محمد محروس (1994): نظريات الإرشاد والعلاج، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة.
- (32) الشناوي، محمد محروس، عبد الرحمن، محمد السيد (1998) العلاج السلوكي الحديث، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- (33) صفوت فرج 1991 مصدر للضبط وتقدير الذات وعلاقتها بالإنبساط والعصابية دراسات نفسية ك1 ج1.
- (34) عبد الرحمن محمد العيساوي (2000) اضطرابات النفسوجسمية ط 1 جامعة الإسكندرية جامعة بيروت العربية.
- (35) عبد الستار إبراهيم 1998 الإكتتاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاج عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت نوفمبر العدد 239.
- (36) عبد الفتاح دويدار 1992 المكونات العائلية والسيكومترية لمقياس اليأس للأطفال في البيئة المصرية دراسات نفسية يناير 1992 ك2 ج25.
- (37) عبد اللطيف خليفة 1997 المهارات الاجتماعية في علاقتها بالقدرات الإبداعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى طلبة الجامعة حوليات كلية الآداب جامعة الكويت، الحولية السابعة عشر الرسالة السادسة عشر بعد المائة.
- (38) العزة، سعيد حسني، عبد الهادي، جودت (1999) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.



- 39) غراوه وآخرون (1999) مستقبل العلاج النفسي ترجمة سامر رضوان، منشورات وزارة الثقافة دمشق.
- 40) غريب عبد الفتاح غريب، (1985)، "مقياس الاكتئاب"، كراسة التعليمات، القاهرة، النهضة المصرية.
- 41) فؤاد أبو حطب، أهل صادق (1991) مناهج البحث و طرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والإجتماعي، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- 42) فؤاد البهي السيد (1979) علم النفس الإحصائي وقياس العقلي البشري ط 3 دار الفكر العربي.
- 43) فاروق عبد الفتاح موسى، محمد أحمد الدسوقي (1991): إختبار تقدير الذات للأطفال ط4 القاهرة مكتبة النهضة المصرية.
- 44) فاروق مرشد، كمال المتيم (1995)، الفم والأسنان: والوقاية للسليم، والعلاج للمريض، كتاب اليوم الطبي، القاهرة، العدد 162.
- 45) الفدرالية العالمية بريكسال للسكر 2006.
- 46) فيصل محمد خير الزراد (2000) الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع.
- 47) فيصل محمد خير الزراد، (2005)، "العلاج النفسي السلوكي" ط1، دار العلم للملايين لبنان.
- 48) كمال علي (1994) العلاج النفسي قديماً وحديثاً سلسلة أبواب العقل الموصدة، المؤسسة العربية للدراسات والتسيير، بيروت.
- 49) كولز. إم (1992) "المدخل إلى علم النفس المرض الإكلينيكي (ترجمة عبد الحكيم الدمياطي وآخرون) الاسكندرية. دار المعرفة الجامعة.
- 50) مايكل أرجايل (1993) سيكولوجية السعادة ترجمة فيصل عبد القادر يونس مراجعة شوقي جلال عالم المعرفة-المجلس الوطني للثقافة-والآداب-الكويت العدد 875 يوليو.
- 51) مايو كلنيك (2002) حول الاكتئاب الدار العربية للعلوم الطبعة الأولى 2002، الكويت.

- 52) مجدي عبد الكريم حبيب (1991) دراسة تفاعلية عاملية لمفهوم الذات وتقدير الذات والتفكير الإبتكاري لدى عينة من الأطفال بالصفة الخامس والسابع الأساسي مؤتمر السنوي للطفل المصري مركز دراسات الطفولة المجلد الأول.
- 53) محمد السيد عبد الرحمان (1998) اختبارات المهارات الاجتماعية ط2 القاهرة مكتبة لأنجلو المصرية
- 54) محمد صلاح الدين ابراهيم، (1993)، السكر، أسبابه، ومضاعفاته، وعلاجه، القاهرة، مركز الأهرام للترجمة والنشر .
- 55) محمد عبد الظاهر الطيب وعبد المنصف غازي، (1984)، "الأمراض السيكوسوماتية. الاسكندرية. دار المعارف.
- 56) محمد محروس الشناوي 1994 نظريات الإرشاد والعلاج النفسي دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 57) محمد محروس الشناوي (1994) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ط1 دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع غير موجود.
- 58) محمد نجيب الصبوة، 1993، الاضطرابات المعرفية، ط1، مركز النشر بجامعة القاهرة.
- 59) مصطفى خياطي، (1990)، "الداء السكري لدى الطفل"، (ترجمة مروان القنواطي) الكويت، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.
- 60) مصطفى فهمي محمد القطان 1979 علم النفس الاجتماعي نظرية تطبيقات عملية، القاهرة، مكتبة الخانجي.
- 61) معتز سيد عبد الله 2000 بحوث في علم النفس الاجتماعي الشخصية المجلد الثالث دار عزيز للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
- 62) مغازي محجوب (1989)، "مرض السكر"، القاهرة كتاب اليوم الطبي، العدد (90)
- 63) مغازي محجوب (1996)، "الأنسولين وعلاج السكر"، القاهرة، كتاب اليوم الطبي، العدد (152).

- 64) مليكة، لويس كامل (1990) ، العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، دار القلم للنشر والوزيع، الكويت.
- 65) منصور وآخرون (2000) ، الدورة التدريبية الإرشادية الأولى، جامعة دمشق، كلية التربية، دمشق.
- 66) موريس عطية (1993) "الداء السكري وكيف نتعايش معه"، الرياض، دار الشواف.
- 67) النابلسي، محمد أحمد (1994): معجم العلاج النفسي الدوائي، دار وكتبة الهلال، الطبعة الأولى، بيروت.
- 68) ناصر ابراهيم المحارب (1993) "الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان، "دراسات نفسية"، القاهرة، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
- 69) وزارة الشؤون الاجتماعية (بدون تاريخ) مرض السكر ومضاعفاته، القاهرة.
- الرسائل الجامعية:**
- 70) أمل محمد حسونة (1993) تقييم برنامج الاجتماعية رسالة ماجستير غير منشورة معهد الدراسات العليا للطفولة عين شمس.
- 71) أحمد أحمد متولى، 1993، "مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة"، رسالة دكتوراه. غير منشورة، كلية التربية. جامعة طنطا.
- 72) محمد على كامل، 1990، "دراسة لأثر استخدام برنامج التحكم في الذات لعلاج الاكتئاب" رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية. جامعة طنطا.
- 73) محمد قرني (بدون تاريخ)، "لاتخف من مرض السكر" الاسكندرية، معروف أخوان.
- 74) أمينة شلبي إبراهيم 1993 اختلاف التفسير السلبي لدافعية الإنجاز وتقدير الذات نحو الدروس الخصوصية لدى طلاب المرحلة الثانوية رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة المنصورة.
- 75) صباح مصطفى فتحي السقا، 2005 أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس كلية التربية جامعة دمشق.

76) صبحي عبد الفتاح الكافوري 1992 تعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال باستخدام برنامج العلاج الجماعى باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة تربية طنطا.

77) صفيه محمد جيدة 1997 مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال المرحلة الابتدائية رسالة ماجستير غير منشورة جامعة عين شمس.

78) عايده على قاسم 1997 مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المصابين عقلياً رسالة دكتوراه منشورة كلية التربية ، جامعة عين الشمس.

79) علي طه الخطيب، (1981)، "دراسة إكلينيكية لاستجابات مرض الاكتئاب العصابي على اختبار تفهم الموضوع وبقع الحبر" الروشاخ " رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، طنطا.

80) فريدة عبد الغني السماحي، (1982)، "تشخيص الاكتئاب عند الأطفال باستخدام اختبار تفهم الموضوع "C.A.T" رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

81) نبيل محمد الفحل السيد 1990 بعض متغيرات الشخصية وارتباطها بالاكتئاب لدى المسنين من الجنسين رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة طنطا.

82) هالة رمضان علي، (1997)، "الإصابة بمرض البول السكري لدى عينة من الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لكل من الطفل المريض والأم" رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

### المجلات المتخصصة:

83) La revue équilibre 2002 Médecine des Maladies Métaboliques 3<sup>e</sup> éditions paris.

84) التركي، جمال (2003): مقياس هاميلتون للاكتئاب، مجلة الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية والنفسية-الجسدية، العدد (56): 122 طرابلس.

85) أحمد محمد عبد الخالق 1991 قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس مجلة دراسات نفسية المجلد الأول الجزء الأول رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) يناير.

- (86) إسكالير.م، (1995) "استعمال مضادات الاكتئاب في مكافحة الألم"، مجلة العلوم، المجلد الحادي عشر، العدد الثالث، تصدر عن مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- (87) حسين علي قايد (1997) وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدى متعاطي المواد المتعددة، مجلة علم النفس عدد 42 السنة 11 الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- (88) رضوان، سامر جميل (2000): القائمة السورية للأعراض، دراسة ميدانية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد (4)، جامعة الكويت.
- (89) رضوان، سامر جميل (2001) الاكتئاب والتشاؤم «دراسة ارتباطية مقارنة» مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (1)، جامعة البحرين
- (90) رضوان، سامر جميل: (2003): الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب، المجلد (16)، مجلة العلوم التربوية والدراسات الإسلامية (1)، جامعة الملك سعود، الرياض.
- (91) رواية محمود حسين دسوقي 1995 تقدير الذات وعلاقته لكل من الفلق الإكتئاب لدى متعاطي الحشيش مجلة علم النفس الهيئة العامة للكتاب العدد 25 السنة التاسعة يوليو أغسطس سبتمبر.
- (92) سامي محمد موسى هاشم (1997): فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترنا بالواجبات المنزلية في علاج الخواف الإجتماعي، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق العدد 29.
- (93) سمير سعيد شبل (1994)، "مرض السكر والعين"، مجلة المعلومات تصدر عن جامعة طانطا.
- (94) ضيائي حسين (1987)، "المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر" مجلة علم النفس، العدد الثالث.
- (95) عبد الرحمان سيد سليمان 1992 بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة قطر دراسة سيكومترية، مجلة علم النفس، العدد 24 السنة السادسة 1992 الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- (96) عبد الستار إبراهيم وآخرون ، 1993، "العلاج السلوكي متعدد المحاور ومشكلات الطفل" مجلة علم النفس. العدد 26.
- (97) علاء الدين كفاي 1989: تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي دراسة في عملية تقدير الذات، المجلة العربية للعلوم الإنسانية العدد 30، المجلد 19، الكويت-جامعة الكويت.
- (98) مايسة أحمد النيال 1998 بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيري في ريف مصر وحضرها دراسة عاملية ومقارنة، مجلة علم النفس العدد الثامن والأربعون أكتوبر، نوفمبر ديسمبر 1998 السنة الثانية عشر الهيئة المصرية العامة للكتاب.

## المراجع بالفرنسية:

- 99) A, Grimaladi, C Sachon, F Bosquet, 2005 les diabètes comprendre pour traiter éditions Médicales inlemationales Allée de la croix, Bossée F 94, 234 Cachan codex.
- 100) A/Hynal/w.pasini/Marchinard1997 Médecine psychosomatique aperçus psychosociaux édition Masson paris.
- 101) André Grimaldi – Traité A de diabétologie Médecine, sciences flammariion 4, rue casimir, Delavigine, 75006 paris
- 102) Bellhedj m, ousidhoum m, Midoumen et all, 2003 The prevalence of type II diabetes Mellitus in tanagers of south Algeria diabetes metab.
- 103) Bezzaoucha, 1992 le diabète sucré connu a Alger : fréquence et conséquences, diabète metab,Paris.
- 104) Black BURN, LM ET COTTRAUX, J (1997) thérapie cognitive de la dépression Masson paris.
- 105) Jean Cottrau, 1990 les thérapie comportementales et cognitive, Masson, paris,.
- 106) Malek, Belateche F, Laouamri, et Q prévalence du diabète type 2 et de l'intolérance au glucose dans la région de Sétif, (Algérie) diabètes Metab (Paris) 2001.
- 107) Kemail 2, Hanaizi H, KARA B, et al 1995le diabète sucré et ses facteur de risque dans un populations a dulte rev alg santé,Paris.
- 108) Pierre jeans Guillausseau, 2003 Vivre& comprendre, le diabète V2 de type 2 professeur a la faculté de Médecine Lariboisière saint louis université paris

## المراجع بالانكليزية:

- 109) Ahlfield, E, Janet. Norman, R.D; (1983) "Adolescent diabètes. Mellitus: par/Child perspectives of the effect the disease on family and social interactions" Diabetes care, vol 9, N°4.
- 110) Audery A. Irvan; Linda, G.Fredrick; (1992) Fear of hypoglycemia relationship to physical and psycho ological symptom in pations with insulin dependent diabetes Mellitus “ Health psychology, Vol 11, N° 2,135-138.
- 111) Beck, A. et al. (1979): Cognitive therapy of depression, New York, the Guilford press.
- 112) Beck, A.T (1976): Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, international Universities Press, New York.
- 113) Beck, A.T (1987): Beck Depression Inventory: annual, Harcourt Brace Jovanovich, INC, New York.
- 114) Beck, A.T (1993): Cognitive Therapy Past, Present and Future, J Consult Clin Psychol, No 61.

- 115) Beck, A.T (1994): depression, University Of Pennsylvania Press-Fourteenth printing, Philadelphia.
- 116) Beck, A.T.Hollon,S.D Young,E.Bedrsosian, R.C & Budenw, D (1985):"Treatment of depression with cognitive therapy and Amitriptyline", center for cognitive therapy, Archives of general psychaitrym Univ. of Pennsylvania
- 117) Blackburn, I.M, Twaddle, V. (1996): Cognitive therapy in action, A Condor Book, London.
- 118) Bloom,G ; Arnold, (1982) Atlas color of diabetes London thuenco &gender, duration and complications Diabetic Medicine, Vol 10, N°8.
- 119) Borjeson, B, Lithner.F, (1993) "Living with diabetes:relation ship to gender, duration and complications"«Diabetic Medicine, Vol 10,N°8».
- 120) Blackburn, I. M. Bishop, S Glen, A.I. M Whalley, L.J.& Christie, J.E. (1981): The Zfficacy of Cognitive Therapy in Depression: A Treatmen Trial using Cognitive therapy and pharmacotherapy, each and in combination, british journal of psychiatry.
- 121) Brend, j. Blanz; Beatrices; A; (1993) "IDDM as a risk Factor for adolescent psychiatric disorder "Diabetes care, vol 16, N°12.
- 122) Buck, R (1991): temperament, social skills and the communications of emotions: A developmental interachonist view, in: D, Gelbert j, commoly (EDS) personality social skills and psychopathology: A indwdual difference Approach, y new: plenum press.
- 123) Burns D D. (1999): The Feeling Good Hand Book, penguin books, New York.
- 124) Burns D D.(1991):Feeling Good, William Morrow, New York.
- 125) C risthopher M, Rayn (1998) Newrobedamourals comphaition of thype I Dibetes care Vol 11.
- 126) Casacalenda N.Perry JC, Looper K (2002): Remission in major depressive disorder: A Comparaison Of pharmacotherapy psychotherapy, And control Conditions, Am J Psychiatry.
- 127) Clark, David.M and Fairburn, Christopher, G (1999): Science and practice of Cognitive behavioral therapy, Oxford university press.
- 128) Cory, Marianne Schanerder, cory, Gerald (1997) Groups process and practice brooks L cole pulishing company pacific crove.
- 129) Cox, J.Danial; Fredrick, G. Linda; (1994) "individual differences in Neurobehavioural disruption during mild and moderate hypoglycemia in adult with, diabetes, "Diabetes, vol 43.
- 130) Cox, J Danial; (1987) "Fear of hypoglycemia" Diabetes eare, vol 10.
- 131) Dattilio, Frank and Freeman, arthue.(2000): Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, The Guilford press, New York.
- 132) Davison, G.C& Neale. JM.(1996).: Abnormal psychology new York: wiley 6 th ed.

- 133) DearymJ.Ian. Jhon; R, Crawford, and; M.Fier; (1993) "sever hypoglycemia and intellegence in adult pationd with insulin treated diabetes, vol 42.
- 134) Delamater, M; Alan; R, H.Boardway; and James Gutai; (1993)"stress Management training for adolescent with, diabetes" Journal of pediatric psychology, vol 18 N°01.
- 135) Denis, Lewrenal 1996 Enhecing self-esteem in the class room-Second edditions, poulchapman publshing P.
- 136) Derubeis R.J, Gelfand LA, Tang TZ, Simon AD (1999) : Medication Versus Cognitive Behavior Therapy For severely depressed Outpatients, Mega-analysis of four randomized comparisons, Am J Psychiatry.
- 137) Dobson K.S (ED) 1988 Hand book of cognitive Behamoral therapies New York Guilford press.
- 138) Ellis, A (1979): The basic clinical theory of rational emotive therapy, In A. Ellis & M.M. Whitelay (EDS), Theoretical and Empirical Foundations .
- 139) Ellis, A, & Dryden, W.(1987): the practice of rational –Emotive Therapy, New York, Springer.
- 140) Ellis, A,(1987): the Evolution of Rational - Emotive Therapy,(RET) and Cognitive Behavior Therapy, In, J,k Zeig (Ed), the Evolution of Psychotherapy ,New York, Bernad/ Mazel.
- 141) Ellis,A (1962) Reason and emotion in Rpsychotherapy, New York, Lyle stuart.
- 142) Ellis,A (1992) Reason and emotion therapy, New York, lyle stuart.
- 143) Fauman, Michael A(1994), Study guide to DMSV, American psychiatric press, Washington, DC, London.
- 144) Fava GA, Grandi S, Zielezny M Canestrari, R, Morphy MA. (1994): Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder, Am J Psychiatry.
- 145) Fitzgerald, R.G; (1980) "Visual phenomenology in recently blind adult "American Journal of psychiatryvol 10.
- 146) Freeman, Arthur, Lurie, Lurie, Marge.(1994): Depression A Cognitive Therapy Approach, New Bridge Communications, New York.
- 147) Gorden, D.Fishers; (1993) psychological factor and their relation ship to iabetes control "DiabeticMedicinevol 10. N° 06
- 148) Graven, J.L; (1992) "Relationship of self-efficacy and binging to adherence to diabetes regimen among adolescent " Diabetes care " vol 15 N°15 N°01.
- 149) Hales RE, et al(1999):Textboook of Psychiatry, American Psychiatric Press.
- 150) Hautzinger, M.& Bailer,M. (1997): Test Catalog (1996-1997) Testzentrale-European Terst Publishers Group. Goettingen. Hogrefe Verlag.
- 151) Helmes, David. Mecrea; (1986) "the person with diabetes in psychosocial context" Diabetes care, vol 9, N°2.
- 152) Jacobsan, AM :(1993) depression and diabetes, diabetes care, Vole 16 N°8.



- 153) Jacobson, A.M; Hauser, S.T; (1986) "psychological adjustment with recently diagnosed diabetes Mellitus "Diabetes care vol 16 N°12.
- 154) Janet.J: 1982 diabetes Mellitus London PSG publishing R.
- 155) Kenneth, B Wels; Willams, Rogers; (1993) "cours of depression in potions with hypertension, Myocardial infection or insulin dependent diabetes. "American Journal diabetes of psychiatry, vol 16, N°12.
- 156) Kirsten, O. Kyvik; Anders, Green; (1994) "suicide in Men with IDDM" Diabetes, care, vol 17, N°3.
- 157) Leedom, L; Meedam, W.P; Prorci, W (1991) "symptom of depression in pations with type II diabetes Mellitus "psychosomatics, vol, N°3.
- 158) Llyod C,E, Mattews, K,A 1992 psychosocial factors and complications of IDDM diabetes care Vol 15 N°2
- 159) Lustman, P.F; Gavard, S; Clouse, R.e; (1993) "prevalence of in adult with diabetes, Diabetes care vol 15, N°2.
- 160) Lustman, P.F; Linda, S.Griffith; (1988) "depression in adult with diabetes", Diabetes care vol 11, N°2.
- 161) Meichenbaum, Donald.(1974): Cognitive Behavioral modification, Morristown, N.J: General Learning Press.
- 162) Meichenbaum, Donald.(1979): Cognitive Behavioral modification, Plenum Press, New York.
- 163) Messimo, Franceschi; Nicola B, Canal; (1984) "Cognitive processes in insulin dependent diabetes", Diabetes care vol 11, N°9.
- 164) Mercier, M.A, Stewart JW, quitkin FM, A. (1992) : A pilot sequential study of cognitive therapy and pharmacotherapy of atypical depression, J Clin psychiatry.
- 165) Newman, Cory F.(2000) : Hypothetical in Cognitive Psychotherapy Creative Question, Novel Answer, and Therapeutic Change, jou, of Cognitive Psychotherapy: an international quarty, V.14,N,2.
- 166) O'Hara, M.w, &Rehm, L."(1983)." Self control Therapy of Depression, New York, Plenum.
- 167) Pateleark, S; (1981) Diabetes: A problem solving approach. London Heinemann Nursing.
- 168) Patelis-Siotis and others (2001): Group Cognitive Behavioral therapy for Bipolar Disorder: a Ffasibility and effectiveness study, hournal of Affective Disorders.
- 169) Perrez, M. (1982): Behandlungsziele in der Psychotherapie, in Kalpan, helmut, Ist die Psychoanalyse Werfrei Hanshuber Vergal.
- 170) Robinson; Carolyn, Melba, C.Carter; (1983) "problems of mothers management children and diabetes "Diabetes Care, vol 6, N° 2.
- 171) Rovet, J.F; Robert, M.Ehrlin; (1993) "psycho Educational of children and adolescent with IDDM "Journal of learning disabilities, vol 26, N°01.

- 172) Roy, M; Roy, A; (1994) "Excess of depression symptoms and life events among diabetics "comparative psychiatry vol 35, N°02.
- 173) Rush, A.J. Beck, A.T. Kovacs, M.& Hollon, S.D (1977): Comparative Efficacy of cognitive Therapy and Pharmacotherapy In the treatment of depressed Outpatients, Cognitive therapy and research.
- 174) Sakovskis, P.M.(1996): Frontiers of cognitive Therapy, New York, Guilford.
- 175) Salter D&platt (1990) susadal intent hoplledness and depressions in a paravacide populations the influence of social desiralulity and elapsed time bribsh hournal of clenical psychology vol 29.
- 176) Spencer, Susan,H (1991) developments in the assesspent of skills and social compentes in children behawoi change vol,8.
- 177) Shaw, B.F (1977): Comparison of cognitive therapy and behaviour therapy in the treatment of depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- 178) Stravynski et al. (1994) The treatment of depression with group behavioral-cognitive therapy and unpramine, Can J psychiatry.
- 179) Trower, Peter, et al (1999): Cognitive- Behavioral Counelling action, SAGE Publications, London.
- 180) Unwing N, sobngwie, Albert, KGMM, 2001 type2 diabetes the challenge of perenting a global epidemic diabetes international, Paris.
- 181) Wills.F&Sanders D (1997): cognitive therapy transforming the image.London sage.
- 182) Wrigth JH,Beck At (1983): Cognitive Therapy of Depression, in The American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol.7, Edited by Frances AJ, Hales RF.Washington, DC, American Psychiatric Press.
- 183) Wrigth JH,Beck At (1988): Cognitive Therapy of Depression, Therapy a practice. Hospital and community ,34.
- 184) Yang, B&clum, G (1994) life stress, social support and problem sobeing skills predictive of depressive symptoms, Hopelssness, and suade Ideations inan asian student population a test of model, suiade&life threatening behavior Vol24, n° 2.

## ملاحق الدراسة

### الملحق رقم (01)

مقياس اكتتاب الأطفال/لماريا كوفكس.

بيانات عامة:

اسم الطالب.....اسم الأب.....اسم الأم.....الصف  
.....الشعبة.....المدرسة.....

عزيزي الطالب / عزيزتي الطالبة:

تحتوي هذه القائمة على مشاعر وآراء وضعت في مجموعات، نرجو منك اختيار جملة واحدة من كل مجموعة بحيث تصف أحوالك على أفضل شكل في الأسبوعين الأخيرين الماضيين.

تجد في كل فقرة ثلاث جمل. هناك جملة واحدة فقط تصف أحوالك أحسن وصف إشارة (x) أمام تلك الجملة.

تذكر: اختر الجمل التي تصف مشاعرك وأفكارك في الأسبوعين الأخيرين الماضيين.

1	- أشعر أنني حزين في أوقات قليلة. - أشعر أنني حزين في أوقات كثيرة. - أشعر أنني حزين في كل الأوقات
2	- لا تسير أموري أبداً على ما يرام. - إنني غير متأكد من أن الأمور ستسير بشكل جيد بالنسبة لي. - ستسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي.
3	- أعمل معظم الأشياء بشكل جيد. - أعمل معظم الأشياء بشكل خاطئ. - أعمل كل الأشياء بطريقة خاطئة.
4	- أشعر بالمتعة في أشياء كثيرة. - أشعر بالمتعة في بعض الأشياء. - لاشيء ممتع على الإطلاق.

5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أنا سيء في كل الأوقات.</li> <li>- أنا سيء في بعض الأوقات.</li> <li>- أنا سيء من وقت لآخر.</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أفكر بأشياء سيئة ستحدث لي من وقت لآخر.</li> <li>- أنا منزعج لأن أشياء سيئة ستحدث لي.</li> <li>- أنا متأكد من أن أشياء فظيعة سوف تحدث لي.</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أنا أكره نفسي.</li> <li>- أنا لا أحب نفسي.</li> <li>- أنا أحب نفسي.</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- كل الأشياء السيئة هي نتيجة أخطائي.</li> <li>- معظم الأشياء السيئة هي نتيجة أخطائي.</li> <li>- الأشياء السيئة ليست دائماً نتيجة أخطائي.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا أفكر في قتل نفسي.</li> <li>- أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك.</li> <li>- أريد قتل نفسي.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أشعر أنني بحاجة للبكاء كل يوم.</li> <li>- أشعر أنني بحاجة للبكاء في معظم الأوقات.</li> <li>- اشعر أنني بحاجة للبكاء من وقت لآخر.</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تضايقتني أشياء في كل الأوقات.</li> <li>- تضايقتني أشياء في بعض الأوقات.</li> <li>- تضايقتني أشياء من وقت لآخر.</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أحب أن أكون مع الناس.</li> <li>- في معظم الأوقات لا أحب أن أكون مع الناس.</li> <li>- أنا لا أريد أن أكون مع الناس إطلاقاً.</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا أستطيع أن اتخذ قراراتي.</li> <li>- من الصعب علي اتخاذ قراراتي.</li> <li>- أستطيع اتخاذ قراراتي بسهولة.</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مذهري جيد.</li> <li>- هناك أشياء سيئة في مذهري.</li> <li>- شكلي بشع.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علي أن أجبر نفسي في كل الأوقات لكي أقوم بواجباتي المدرسية.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علي إن أجبر نفسي في أوقات كثيرة لكي أقوم بواجباتي المدرسية.</li> <li>- عمل واجبات المدرسية ليس مشكلة كبيرة.</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يصعب علي النوم في بعض الليالي.</li> <li>- يصعب علي النوم كل ليلة.</li> <li>- أنام بشكل هادئ.</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أشعر بالتعب من وقت لآخر.</li> <li>- أشعر بالتعب في معظم الأحيان.</li> <li>- أشعر بالتعب في كل الأوقات.</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ليس لدي شهية للأكل في معظم الأيام.</li> <li>- ليس لدي شهية للأكل في أيام كثيرة.</li> <li>- أكل بشكل جيد.</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا تشغل بالي الآلام والأوجاع.</li> <li>- تقلقني الآلام والأوجاع في أوقات كثيرة.</li> <li>- تقلقني الآلام والأوجاع في كل الأوقات.</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا أشعر بالوحدة أبداً.</li> <li>- أشعر بالوحدة معظم الأوقات.</li> <li>- أشعر بالوحدة في كل الأوقات.</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا أستمتع أبداً في المدرسة.</li> <li>- أستمتع في المدرسة في بعض الأوقات.</li> <li>- أستمتع في المدرسة في كل الأوقات.</li> </ul>
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاماتي في المدرسة جيدة.</li> <li>- علاماتي في المدرسة ليست جيدة كما كانت في السابق.</li> <li>- أنا سيء في مواد تعودت أن أكون فيها جيداً.</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أصدقائي كثيرون.</li> <li>- عندي بعض الأصدقاء لكن أتمنى أن يكون لدي أصدقاء أكثر.</li> <li>- ليس لدي أصدقاء.</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا أستطيع أبداً أن أكون جيداً مثل باقي الناس.</li> <li>- أستطيع أن أكون جيداً مثل باقي الناس.</li> <li>- أنا جيد مثل باقي الناس.</li> </ul>
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا يوجد أحد يحبني.</li> <li>- أنا لست متأكد من أن هنالك من يحبني.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- أنا متأكد من هناك أشخاصا يحبونني.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- عادة أفعل ما يطلب مني.</li> <li>- لا أفعل ما يطلب مني في معظم الأوقات.</li> <li>- لا أفعل ما يطلب مني إطلاقاً.</li> </ul>	26
<ul style="list-style-type: none"> <li>- أستطيع أن اتفق مع بعض الناس.</li> <li>- أقع في مشاجرات مع الناس في أوقات كثيرة.</li> <li>- أتشاجر مع الناس في معظم الأوقات.</li> </ul>	27

الملحق رقم (02)  
اختبار اليأس للأطفال  
إعداد الباحث  
سعيد سلامة هندية

إشراف

الأستاذ الدكتور/ نجلاء المحلاوي

الأستاذ الدكتور/ فائزة يوسف عبد المجيد

الدكتور / إيهاب عبد العزيز عيد

الاسم:

السن:

السنة الدراسية:

المدرسة:

عزيزي الطالب:

بين يديك اختبار يتكون من مجموعة من العبارات تعتبر عن بعض أفكارك... يؤمن بها البعض أو يرفضها البعض.

أرجو قراءة كل من تلك العبارات ووضع (✓) تحت العبارة (نعم) أو (لا) في المكان المناسب في ورقة الإجابة الذي يعبر عن موقفك في كل منعها.

لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأى إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك.

راجيا التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل الصراحة والصدق والدقة، وعدم ترك عبارة دون الإجابة عليها.

ولك خالص الشكر والتقدير.

م	العبارة	نعم	لا
1	أريد أن أكبر لأنني أعتقد أن الأحوال ستكون أحسن		
2	أنا إنسان عاجز عن الحب		
3	عندما أعجز عن تغيير الأحوال لصالحها أتوقف عن المحاولة.		
4	أتخيل أن حياتي ستكون سعيدة كما أتمناها عندما أكبر		
5	كل شيء يحدث بسبب خطأ مني		
6	عندما تصبح الأحوال سيئة أعرف أنها ستتحسن عن قريب		
7	في المستقبل سأفعل الأشياء التي أخطت لها		
8	أتمنى لو أنني ميت		
9	لدي وقت كافي لإنهاء الأشياء التي أريد فعلا أن أعملها		
10	حظي سيء ولا يوجد أي سبب يجعلني أفكر سيتحسن عندما أكبر		
11	أنا طفل تعيس		
12	سأحصل على الكثير من الأشياء التي أتمناها أكثر من الأطفال الآخرين		
13	كل ما أستطيع أن أتوقعه بخصوص مستقبلي أشياء سيئة وليست حسنة		
14	لا أحد يحبني		
15	لا تسير الأحوال بالطريقة التي أتمناها		
16	لا أظن أنني أستطيع في المستقبل أن أحصل على ما أريده فعلا		
17	لن أصل أبدا إلى ما أريد الوصول إليه		
18	من المحزن أن أتمنى أي شيء لأنني أتمنى شيء ولا أصل إليه		
19	عندما أكبر سأكون أكثر سعادة مما أنا عليه الآن		
20	لا يوجد حب في العالم		
21	لا فائدة من محاولة الحصول على الأشياء التي أتمناها لأن من المحتمل ألا أحصل عليها.		
22	لا أظن أنني سأكون سعيدا فعلا عندما أكبر		
23	كما أرى أمام أشياء سيئة ولا أرى أشياء جميلة		
24	أنا أعرف أن المستقبل أسوأ من الحاضر		



**الملحق رقم (03)****اختبار تقدير الذات للأطفال****Coppersmith – esteem inventory**

دكتور محمد أحمد دسوقي

دكتور فاروق عبد الفتاح موسى

كلية التربية – جامعة الزقازيق

كلية التربية – جامعة الزقازيق

الاسم:.....العمر:.....الجنس: ذكر / أنثى

**تعليمات**

يستخدم هذا الاختبار هذا الاختبار في تقدير الشخص لنفسه (بطريقة ذاتية).  
يتكون الاختبار من 25 عبارة يقابل كلا منها زوجان من الأقواس أسفل كلمتي "تنطبق" لا تنطبق.  
اقرأ كل عبارة ثم قرر:

إذا كانت العبارة تنطبق عليك، ضع علامة (x) بين القوسين الموجودين أسفل تنطبق.

إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك، ضع علامة (x) بين القوسين الموجودين أسفل لا تنطبق.

لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأى إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك.

تنطبق لا تنطبق

مثال: أشعر بالسعادة عندما يزورني صديق .....

- فإذا كان المفحوص يشعر بالسعادة فعلا إذا زاره صديق فإنه
  - سوف يضع علامة (x) بين القوسين أسفل تنطبق وهكذا ... (x)
  - ( )
  - أما إذا كان المفحوص لا يشعر بالسعادة فعلا إذا زاره صديق فإنه
  - سوف يضع علامة (x) بين القوسين أسفل لا تنطبق وهكذا ( )
  - (x)
- لا تقلب الصفحة حتى يؤذن لك.

م	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
1	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر		
2	من الصعب جدا أن أتكلم أمام زملائي في الفصل		
3	توجد أشياء كثيرة تخصني أرغب في تغييرها أن استطعت		
4	يمكن أن اتخذ القرارات في أي موقف دون مشقة كبيرة		
5	يفرح الآخرون بوجودي معهم		
6	يمكن أن أتضايق بسهولة في المنزل		
7	أن التعود على شيء جديد يستغرق مني وقتا طويلا		
8	أنا محبوب بين زملائي الذين في نفس عمري		
9	يراعي والداي مشاعري عادة		
10	يمكن أن أستسلم بسهولة كبيرة		
11	يتوقع والداي أشياء كثيرة مني		
12	من الصعب إلى حد ما أن أظل كما أنا		
13	تختلط كل الأشياء في حياتي		
14	يتبع زملائي أفكارني عادة		
15	رأبي عن نفسي منخفض		
16	في كثير من الأحيان أشعر بالضييق في المنزل		
17	في كثير من الأحيان أشعر بالضييق في المدرسة		
18	لست كذابا مثل كثير من الناس		
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله، أنا أقوله عادة		
20	يفهمني والدي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	أشعر عادة كما لو كان والداي يدفعاني للعمل		
23	لا ألقى تشجيعا في المدرسة في كثير من الأحيان		
24	لا تضايقتني الأشياء عادة		
25	لا يعتمد الآخرون علي		

## الملحق رقم (04)

### مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال

إعداد

دكتور / محمد السيد عبد الرحمن

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق

الجنس: ذكر / أنثى

الاسم:.....

الفصل:.....

مدرسة:.....

سنة

شهر

.....

.....

السن:

#### التعليمات

- أمامك مجموعة من العبارات التي توضح الطريقة التي قد يستعملها الصغار ممن هم في مثل سنك مع زملائهم أو هم أكبر أو أصغر سنا منهم، وأمام كل عبارة ثلاث اختبارات (دائما - أحيانا - نادرا) والمطلوب منك أن تختار إجابة واحدة فقط من هذه الاختبارات بحيث تدل على طريقة تعاملك مع الآخرين وتضع دائرة حول الإجابة التي تختارها.
- ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة لأن هذا ليس اختبارا ولا امتحانا فحاول أن تجيب بما يتفق مع ما تفعله فعلا.
- لا تترك عبارة دون إجابة.

مثال:

أخاف أن أتكلم مع الكبار .....دائما أحيانا نادرا

إذا كنت تخاف دائما أن تتحدث مع الكبار فضع دائرة حول كلمة (دائما)

أما إذا كنت تخاف أحيانا أن تتحدث مع الكبار فضع دائرة حول كلمة (أحيانا) كما في هذا المثال.

وإذا كنت تخاف نادرا أن تتحدث مع الكبار فضع دائرة حول كلمة (نادرا)

1	أهدد الناس وأتصرف معهم بوحشية	دائماً - أحياناً - نادراً
2	أغضب بسهولة	دائماً - أحياناً - نادراً
3	أنا شخص مسيطر (أقول لأي شخص أعمل كذا ولا أقول بعد إذنك اعمل كذا)	دائماً - أحياناً - نادراً
4	عادة أكون حزين وكثير الشكوى	دائماً - أحياناً - نادراً
5	أتكلم وأقطع كلام الآخرين	دائماً - أحياناً - نادراً
6	أخذ أو استخدم حاجات الآخرين دون استئذان منهم	دائماً - أحياناً - نادراً
7	أتفاخر وأتباهى كثيراً	دائماً - أحياناً - نادراً
8	انظر إلى الناس وأنا أتحدث إليهم	دائماً - أحياناً - نادراً
9	لي أصدقاء كثيرون	دائماً - أحياناً - نادراً
10	أعتدي على الآخرين وأسبهم (اشتمهم) عندما أغضب منهم	دائماً - أحياناً - نادراً
11	أساعد الأصدقاء الذين يتعرضون لضرر أو أذى	دائماً - أحياناً - نادراً
12	أداعب الأصدقاء وأضحكهم عندما يكونون زعلانين لأخفف عنهم.	دائماً - أحياناً - نادراً
13	أنظر للأولاد الآخرين نظرة احتقار وكراهية	دائماً - أحياناً - نادراً
14	أشعر بالغضب والغيرة عندما يفعل شخص عمل جيد	دائماً - أحياناً - نادراً
15	أشعر بالسعادة عندما يفعل أي شخص عمل جيد	دائماً - أحياناً - نادراً
16	أعاب الأبطال الآخرين بعيوبهم وأخطائهم	دائماً - أحياناً - نادراً
17	أمدح الناس وأخبرهم بما فيهم من صفات طيبة	دائماً - أحياناً - نادراً
18	أكذب لكي أحصل على ما أريد	دائماً - أحياناً - نادراً
19	أضايق الناس لكي أجعلهم يغضبون	دائماً - أحياناً - نادراً
20	عندما أرى شخص أعرفه أذهب إليه وأتحدث معه	دائماً - أحياناً - نادراً
21	عندما يخدمني أو يساعديني أي شخص أقول له شكراً	دائماً - أحياناً - نادراً
22	أحب أن أكون وحيداً	دائماً - أحياناً - نادراً
23	أخاف أن أتكلم مع الناس	دائماً - أحياناً - نادراً
24	أحافظ على أسرار الآخرين	دائماً - أحياناً - نادراً
25	أستطيع بسهولة أن أكون علاقة مع الآخرين واعتبرهم أصدقائي	دائماً - أحياناً - نادراً

26	أذي مشاعر الناس وأحاول أن اجعلهم زعلانين	دائماً - أحيانا - نادرا
27	أقول نكت و اضحك على الآخرين	دائماً - أحيانا - نادرا
28	أدافع عن أصدقائي	دائماً - أحيانا - نادرا
29	أنظر إلى الناس عندما يتكلمون معي	دائماً - أحيانا - نادرا
30	أظن أنني عارف كل حاجة	دائماً - أحيانا - نادرا
31	أعطي للآخرين مما معي	دائماً - أحيانا - نادرا
32	أتصرف مع الناس بطريقة تجعلهم يشعرون أنني أحسن منهم.	دائماً - أحيانا - نادرا
33	أظهر مشاعري للآخرين (لما أكون زعلان من أي شخص أخبره بذلك)	دائماً - أحيانا - نادرا
34	أظن دائماً أن الناس يضايقونني حتى وان لم يفعلوا ذلك	دائماً - أحيانا - نادرا
35	أصدر أصوات قد تضايق الآخرين (كالتكريع والرشف)	دائماً - أحيانا - نادرا
36	أحافظ على حاجات الآخرين كما لو كانت حاجاتي أنا	دائماً - أحيانا - نادرا
37	أتكلم بصوت مرتفع جدا	دائماً - أحيانا - نادرا
38	أنادي على الناس بالأسماء التي يحبونها	دائماً - أحيانا - نادرا
39	أعرض على الناس أن أساعدهم أو أقدم	دائماً - أحيانا - نادرا
40	أشعر بالرضا والسعادة عندما أساعد شخص ما	دائماً - أحيانا - نادرا
41	أحاول أن أكون أحسن من أي شخص آخر	دائماً - أحيانا - نادرا
42	عندما أتكلم مع الآخرين فإنني لا أخرج عن موضوع الكلام	دائماً - أحيانا - نادرا
43	أزور أصدقائي غالبا في منازلهم	دائماً - أحيانا - نادرا
44	ألعب وحدي	دائماً - أحيانا - نادرا
45	أشعر بالوحدة (أنني وحيد)	دائماً - أحيانا - نادرا
46	أشعر بالأسى والندم عندما أذي أي شخص	دائماً - أحيانا - نادرا
47	أحب أن أكون القائد أو الزيم في اللعب والعمل	دائماً - أحيانا - نادرا
48	أشترك في الألعاب مع الأطفال الآخرين	دائماً - أحيانا - نادرا
49	أشترك في المشاجرات كثيرا	دائماً - أحيانا - نادرا
50	أغير من (أحقد على) الناس الآخرين	دائماً - أحيانا - نادرا
51	أرد الجميل لمن يساعدي أو يقدم لي معروف	دائماً - أحيانا - نادرا
52	أسأل الآخرين عن أخبارهم وأحوالهم	دائماً - أحيانا - نادرا
53	أبقى مع الآخرين لمدة طويلة حتى يملون مني	دائماً - أحيانا - نادرا
54	أفسر الأشياء بأكثر مما تحتل (أعمل من الحبة قبة)	دائماً - أحيانا - نادرا
55	أضحك لما يقوله الآخرون من نكت أو قصص جميلة	دائماً - أحيانا - نادرا

56	أهم شيء عندي أن أكسب أو أفوز على الآخرين	دائماً - أحياناً - نادراً
57	أذى الآخرين وأضايقتهم عندما أريد توجيههم أو نقتدهم	دائماً - أحياناً - نادراً

### الملحق رقم (5)

#### استمارة المقابلة الإكلينيكية/إعداد الباحثة

(الخاصة بالطفل)

اسم الطفل.....الجنس.....العمر.....

المدرسة.....الصف.....الشعبة.....

1- هل تعيش مع والديك في نفس المنزل؟

2- هل يحدث مشاجرات بين والديك؟

3- هل يعتدي والديك على الآخر بالضرب، أو بالكلام الجارح؟

4- في حالة شجار الوالدين مع من تتعاطف؟

الأم - الأب - كليهما - لا أحد - السبب؟

5- ماذا يعمل والدك؟

6- كيف صحته؟

7- ما هو المستوى التعليمي له؟

8- هل يغيب عن البيت لفترات طويلة؟ إذا كان الجواب نعم لماذا؟

9- يعاملك أبوك معاملة فيها رعاية..دلال..إهمال...قسوة..تساهل..تأرجح بين القسوة

واللين...يتابع أمورك..يعتم بدراستك..؟

10- ما هي العقوبات التي يستخدمها والدك؟ التأنيب..الضرب الخفيف..الضرب المبرح..الحبس...الحرمان مما ترغب.

11- كيف ترى صورة والدك؟

قوي..عصبي..مخيف..غني..ذكي..حنون..مرح..هادئ..متسامح..سمات أخرى.

12- هل يميزك أبوك عن باقي إخوتك؟

13- كيف تشعر نحو أبك؟ حب..الاحترام..كره..لامبالاة..احتقار.

14- أبوك هل له عادات سيئة (تدخين، شرب مخدرات..الخ)؟

15- كيف يتعامل أبوك مع الآخرين؟

16- ماذا تعمل أمك؟

17- كيف صحتها؟

18- ما هو المستوى التعليمي لها؟

19- كلمني عن علاقتك مع أمك؟

20- تعاملك أمك معاملة فيها رعاية..دلال..إهمال..قسوة..تساهل..تأرجح بين القسوة واللين..تتابع أمورك..تهتم بدراستك..؟

21- ما هي العقوبات التي تستخدمها أمك؟ التأنيب..الضرب الخفيف..الضرب المبرح..الحبس..الحرمان مما ترغب.

22- كيف ترى صورة أمك؟ قوية..عصبية..مخيفة..ذكية..حنونة...

مرحة..هادئة...متسامحة..سمات أخرى

23- هل تميزك أمك عن باقي إخوتك؟

24- كيف تشعر نحو أمك؟ حب..احترام..كره..لامبالاة..احتقار.

25- كيف تتعامل أمك مع الآخرين؟

26- يا ترى من تشعر أنك قريب منه أكثر من الآخر أبوك أم أمك ولماذا؟

27- يا ترى من هو القاسي عليك من الآخر، أبوك أم أمك ولماذا؟

28- من من الوالدين يهدد بالضرب وينفذه الأمر أم الأب؟

29- هل أنت طفل جيد في نظر والدك وأمك؟

30- كم عدد إخوتك الأولاد والبنات؟

31- اذكرهم بالترتيب:

م	الاسم	الجنس	العمل/الدراسة	مستوى التعليم	ملاحظات أخرى

32- في حد من إخوتك الأولاد أو البنات يمرض كثيراً؟

33- كيف علاقتك مع إخوتك في المنزل؟ كيف يعاملوك وكيف تعاملهم؟

34- كيف تشعر نحو أمك؟ حب..احترام..كره..لامبالاة..احتقار.

35- هل تشعر أنك مبسوط مع أهلك في البيت؟

36- حدث وتركت المنزل؟ إذا كان الجواب نعم إلى أين ذهبت؟ ولماذا؟

37- كيف ترى نفسك بالنسبة لأصدقائك؟ هل تساويهم..أفضل منهم..أقل منهم.

38- هل تشعر أن جسمك قوي مثل بقية الأطفال؟

39- بتشوف حالك إنسان كويس؟



- 40- بتحب نفسك؟
- 41- هل تقول الصدق دائماً؟
- 42- ماذا تحب أن تكون عندما تكبر؟
- 43- هل حدث لك أمر سيء في حياتك؟
- 44- هل حدث أن مرضت ودخلت المستشفى؟
- 45- ما الشيء الذي جعلك متوتر ومتضايق طول الوقت؟
- 46- هل هناك أشياء بتخاف منها؟ ما هي؟
- 47- هل تعاني من آلام جسدية؟
- 48- هل تفكر بأنك ستصاب بمرض وأنك ستمر بظروف سيئة؟
- 49- ما الاهتمامات لديك؟ القراءة..الفنون..الرحلات..الرياضة..التلفزيون.
- 50- عندما تكون في المنزل ما الأشياء التي تحب اللعب بها؟
- 51- ما الذي تشعر أنك تفتقر إليه؟ المحبة..الرعاية الوالدية..النجاح..الأمن.
- 52- من الذي ترغب أن تعلق معه من أصحابك أكثر الوقت؟ ولماذا؟
- 53- خبرني عن نومك؟ هل أنت كثير النوم..قليل النوم..نوم عادي..أرق..نوم متقطع..كلام أثناء النوم.
- 54- هل تستيقظ أحياناً من النوم خائفاً؟
- 55- هل هناك أشياء دائماً تحلم بها؟
- 56- كم كان عمرك لما ذهبت أول إلى المدرسة؟
- 57- كيف كان شعورك وأنت ذاهب أو مرة إلى المدرسة؟

58- بتحب تروح إلى المدرسة؟

59- عنك زملاء في المدرسة؟

60- هل علاقتك مع زملائك في المدرسة جيدة؟

61- هل بتفكر كثير بالبيت لما بتكون بالمدرسة؟

62- كلمني عن علاقتك بمعلميك؟

63- ما هي الأشياء التي تستمتع بها بالمدرسة؟

64- ما هي المواد التي لا تحبها؟ ولماذا؟

65- هل تجد صعوبة في تركيز انتباهك على شرح الأستاذ؟

66- هل تجد صعوبة في حفظ دروسك وكتابة وظائفك؟

ملاحظات أخرى.....

## الملحق رقم (6)

استمارة دراسة الحالة (خاصة بأم الطفل الذي يعاني الاكتئاب).

بيانات عامة:

اسم الطفل.....العمر.....الجنس.....الصف الدراسي.....

المدرسة.....عمر الأم.....عملها.....المستوى التعليمي.....

عمر الأب.....عمله.....المستوى التعليمي.....

الأسئلة التالية تجيب عنها أم الطفل:

1- كم عدد الأولاد الذكور والإناث اذكريهم بالترتيب حسب ميلاد كل واحد منهم:

م	الاسم	الجنس	العمل/الدراسة	مستوى التعليم	ملاحظات أخرى

2- ما ترتيب طفلك الذي يعاني من الاكتئاب بين إخوته؟

الأول، الثاني، الثالث، قبل الأخير، الأخير.

3- ما المدة الفاصلة بين كل حمل والآخر؟

سنة، سنتان، ثلاث، أكثر من ثلاث.

4- هل تعرضت لأية أمراض حادة أثناء حملك بهذا الطفل؟ نعم/لا.

5- هل كان الحمل بهذا الطفل مرغوباً من قبلك ومن قبل الوالد؟ نعم/لا.

6- هل جاء الحمل بهذا الطفل بعد عقم طويل؟ نعم/لا.

7- كيف كانت طبيعة الولادة بهذا الطفل؟ طبيعية، قيصرية.

8- أين تمت الولادة؟ المنزل/المستشفى.

9- هل مررت بأية مشكلات صحية بعد الولادة؟ نعم/لا.

10- كيف تمت رضاعة هذا الطفل؟ طبيعية/صناعية.

11- ما المدة التي استمرت خلالها الرضاعة؟

12- ما الطريقة التي تم بها فطام الطفل؟ بشكل تدريجي، بشكل سريع.

13- هل هناك أحد من الأقارب يسكن معكم في المنزل؟ نعم/لا.

• إذا كانت الإجابة بنعم انكري:

الاسم	الجنس	العمر	درجة القرابة	مستوى التعليم	المهنة

14- هل حدث وأن حصل في الأسرة أو أقرباء الأسرة حالة وفاة في الفترة التي بدأ

تظهر فيها أعراض الاكتئاب؟ نعم/لا.

15- هل عانى الطفل من أية أمراض أو حوادث مؤلمة أثناء فترة الرضاعة؟

16- هل عانى هذا الطفل من أية مشكلات في الأمور التالية:

- التسنين

- الحبو

- المشي

- الكلام

- إذا كان قد عانى الطفل من أية مشكلة من المشكلات السابقة: الرجاء الحديث عن هذه المشكلة بالتفصيل؟

17- هل اتسم سلوك الطفل في السنوات الأولى من حياته؟

- ثورات الغضب.

- البكاء الشديد لأتفه الأسباب.

- الحركة الزائدة (النشاط الزائد).

- الخجل والانطواء.

- الخوف الشديد من الأشياء الغريبة.

- الجلوس دائماً بقرب من يحبهم.

- إذا كان قد عانى من أية سلوكيات السابقة، الرجاء ذكر ذلك بالتفصيل.

18- هل التحق الطفل بالحضانة؟ نعم/لا.

- إذا كانت الإجابة بنعم، كم كان عمره؟

19- كيف كانت ردود فعله في اليوم الأول لذهابه إلى الحضانة أو الروضة؟

20- كم كان عمره عند دخوله إلى المدرسة الابتدائية؟

21- كيف كانت استجابته للمدرسة؟

- 22- كيف كانت علاقته بزملائه ومعلميه في المدرسة؟
- 23- كيف كان مستواه الدراسي قبل ظهور الاضطراب لديه؟
- 24- هل تأثر مستواه الدراسي بعد ظهور الاضطراب؟ صفه ذلك.
- 25- هل يعاني الطفل من صعوبات في الدراسة؟
- 26- متى بدأ اضطراب الاكتئاب بالظهور لديه؟
- 27- ما هي الأعراض التي كانت تظهر عليه؟ صفها بدقة.
- 28- هل أصبح الطفل انطوائي يحب العزلة؟
- 29- هل كان يستمتع بالمدرسة وبعد ظهور الاكتئاب أصبح يكره المدرسة؟
- 30- كيف واجهت الأسرة هذه المشكلة؟
- 31- كيف كانت استجابة لتلك الإجراءات المتخذة من قبل الأسرة للحد من هذه المشكلة؟
- 32- ما هي الأوقات التي تظهر فيها الأعراض بشكل حاد؟
- 33- ما هي الأوقات التي تخف فيها الأعراض؟
- 34- هل هناك أحد من أقارب الطفل أصيب بالاكتئاب؟ نعم/لا.
- 35- هل عانى الطفل من أية أمراض قبل ظهور الاكتئاب لديه؟ نعم/لا. إذا كان الجواب نعم اذكر تلك الأمراض.
- 36- هل هناك أية مشكلات حدثت على الصعيد الأسري قبل ظهور الاكتئاب؟ نعم/لا.
- إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر تلك المشكلات والأحداث بشيء من التفصيل.
- 37- عندما تشد حالة الاكتئاب لديه هل يفضل البقاء في المنزل بعيداً عن الآخرين؟

38- من هو الشخص المتعلق به الطفل في المنزل؟ ولماذا؟

39- كيف انتبهت إلى ظهور الاكتئاب لديه؟

40- هل حدث واشتكى الطفل من أمراض معينة قبل ظهور الاكتئاب لديه، وتبين بعد الفحص الطبي أنه خال من الأمراض العضوية؟

41- هل يقول دائماً الصدق أو يكذب أحياناً ليتخلص من مواقف معينة؟

42- علاقته بأصدقائه سيئة - عادية - جيدة؟

43- هل ينام الطفل نوماً عميقاً ومريحاً؟ نعم/لا.

44- هل حدث وأن استيقظ من نومه وهو خائف بسبب حلم مر به؟ نعم/لا.

45- حدثيني عن المناخ الأسري الذي يعيش به الطفل الاقتصادي، الاجتماعي، العلاقات داخل الأسرة.. الخ.

46- هل توجد صراعات وخلافات بينك وبين والده داخل المنزل؟ ويكون الطفل ملاحظ لها.

47- كيف يمكن وصف علاقة الطفل بك.. بوالده.. بإخوته؟

48- كيف علاقته بإخوته؟

49- كيف يكن وصف علاقته بأقرانه خارج المدرسة؟

50- هل يوجد أحد في الأسرة يعاني من أمراض معينة (مزمنة)؟ نعم/لا.

• إذا كانت الإجابة بنعم، فهل هل هذا الشخص متعلق به الطفل بشكل واضح؟

51- كيف ينظر الطفل إلى نفسه؟

52- لاحظت عليه في بعض الأوقات أن لديه رغبة بالموت؟

53- كيف ينظر الطفل إليك، لأبيه، لإخوته؟

54- كيف ينظر إلى مدرسته، أساتذته، رفاقه؟

55- ما هي المشكلة الرئيسية التي يعاني منها الطفل برأيك؟

56- من المسؤول عن اكتئاب هذا الطفل برأيك؟

57- ما هي الحلول المقترحة التي قدمتها الأسرة للطفل للتخلص من هذه المشكلة؟

58- كيف كان تجاوب الطفل مع هذه الحلول؟

ملاحظات أخرى.....

### ملحق (7)

جدول يوضح عدد مرات وكمية تعاطي الأنسولين في اليوم

اليوم	عدد مرات الحقن	الكمية
السبت		
الأحد		
الاثنين		
الثلاثاء		
الأربعاء		
الخميس		
الجمعة		

### الملحق رقم (8)

#### قائمة الأفكار السلبية

إعداد/ زينب محمود شقير 1999

تأليف: (WILLIAMS :1992)

- (1) يبدو لي أي جهد كأنني لم أفعل شيئاً.
- (2) أشعر بالتشاؤم اتجاه المستقبل
- (3) لدى العديد من الأشياء السيئة في حياتي



- (4) نظرتي للأمام ضيقة جدا.
- (5) أشعر أنا طاقتي مستنفدة ومتلاشية
- (6) أنا لست ناجح مثل الآخرين.
- (7) يبدو لي كل شيء لا جدوى منه وتافه
- (8) يوجد في شخصي العديد من الأشياء التي لا أحبها.
- (9) من الصعب جدا أن أتحسن
- (10) أنا مرهق تماما
- (11) للمستقبل يبدو لي كسلسلة من المشكلات
- (12) لا أَرْضَى عن الأشياء التي أقوم بأدائها.
- (13) قمت بارتكاب أخطاء عديدة في حياتي
- (14) في الواقع أن تركيزي يكون فقط بإياء عيناى مفتوحتين
- (15) كل شيء أفعله يصبح سيئا
- (16) أشعر بتباطؤ وثقل في كل أنحاء جسمي.
- (17) أنا آسف على الأشياء التي أفعلها
- (18) أشعر بالاكئاب عند ضياع الأشياء
- (19) لا يوجد لدي أي أصدقاء حقيقيين
- (20) لدي العديد من المشاكل
- (21) أتمنى لو كنت شخصا آخر
- (22) أتضايق من نفسي عندما اتخذ قرارا سيئا
- (23) لا يتكون لدي انطباع جيد عن الآخرين
- (24) المستقبل يبدو سيئا
- (25) أتمنى وجود بعض الأشياء السعيدة لتجعلني أشعر بأنني أحسن.

الملحق رقم (9)  
سجل الأفكار التلقائية

<p>(1) الموقف</p> <p>- مع من أنت؟</p> <p>- ماذا كنت تفعل؟</p> <p>- متى كان ذلك؟</p>	<p>(2) الحالة النفسية</p> <p>أ/ بما شعرت</p> <p>ب/ قيم كل شعور (0-100%)</p>	<p>(3) الأفكار التلقائية</p> <p>(صور ذهنية)</p> <p>أ/ بما كنت تفكر</p> <p>قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر)</p> <p>ب/ ضع دائرة على الفكرة (المؤثرة)</p>	<p>(4) الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة</p>	<p>(5) الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة</p>	<p>(6) الأفكار البديلة/ الموازنة أو المعدلة: أ/ أكتب فكرة بديلة أو معادلة للفكرة التي تثير الانفعالات السلبية لديك. ب/ قيم مدى تصديقك لكل فكرة بديلة (0-100%)</p>	<p>(7) قيم حالتك النفسية الآن: أعد تقييم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود 2 وكذلك أي مشاعر جديدة.</p>

الملحق رقم (10)  
استمارة التقويم الذاتي

المتعالج.....التاريخ.....

1- كنت أعاني في بداية العلاج من الشكاوي والأعراض التالية:

.....  
.....

2- التغيرات التي حصلت لي حتى الآن هي:

.....  
.....

3- قدم لي العلاج النفسي المساعدات التالية:

.....  
.....

4- العوامل أو الظروف الحياتية الماضية التي ساهمت في نشوء مشكلتي هي:

.....  
.....

5- السلوكيات والآراء (الأفكار) التي ساهمت في نشوء مشكلتي:

.....  
.....

6- الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي؟

.....  
.....

7- الخطوات التالية (الأهداف) التي أرغب في تحقيقها في العلاج النفسي؟

.....  
.....

8- الأدوية التي أتناولها في الوقت الراهن (الجرعة اليومية أو الأسبوعية) هي:

.....  
.....  
9- المجالات الحياتية التي أشعر بأنها تحققت لي في حالتني هي:

.....  
.....  
10- قارن شكاوي أو أعراض مرضك الحالي مقارنة ببداية العلاج من خلال النسبة المئويةة

ازدياد الأعراض سوءا	الأعراض في البداية	تحسن الأعراض
%200 %150 %125	%100	%0 -%58

إعداد الباحثة بتصرف عن استمارة التقويم الذاتي لرضوان

الملحق رقم (11)

السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا DRIT (سيامو) أنو استمارة ABC أ-ب-ج

5	4	3	2	1
النتيجة أعط نسبة مئوية لها	الاستجابات العقلانية أعط نسبة مئوية لها	الانفعالات ج أعط نسبة مئوية للانفعال	الأفكار التلقائية ب أعط نسبة مئوية لها	الحالة أ

(Beck et al, 1979) (Trower et al, 1999)

## الملحق رقم (12)

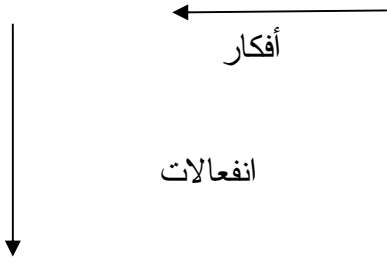
### استمارة التحضير لجلسة العلاج

- 1- ما هي المشكلة التي أريد حلها اليوم؟
- 2- كيف كنت أشعر هذا الأسبوع مقارنة بالأسابيع الأخرى؟
- 3- ما الذي حدث هذا الأسبوع والذي يجب أن يعرف المعالج عنه؟
- 4- ما الذي بحثناه في الجلسة السابقة؟
- 5- أي شيء أزعجني حول الجلسة السابقة؟ أي أعمال م تنته؟
- 6- أي شيء أمانع في إخبار المعالج عنه؟
- 7- ما الذي فعلته بالنسبة للواجب المنزلي؟

(الجمعية، 2001)

## الملحق (13)

### تقنية العمود المزدوج /1/ أو السهم العمودي

الانفعالات	الأفكار التلقائية
	

(bruns, 1999)

الملحق (14)  
تقنية العمود المزدوج /2/

الاستجابة العقلانية	الحالة

(bruns, 1999)

الملحق (15)  
استمارة قائمة التشوهات المعرفية

- 1- لكي أكون سعيدا، يجب أن أكون ناجحا.
- 2- لأكون سعيدا يجب أن أكون مقبولا ومحبوبا من كل الناس وفي كل الأوقات.
- 3- يكون رائعا أن أكون شعبيا ومشهورا وثرانيا. ويكون فظيحا أن أكون شخصا عاديا.
- 4- إذا ارتكبت خطأ، فذلك يعني أنني أحمق.
- 5- قيمتي كشخص تعتمد على ما يعتقدونه الآخرون عني.
- 6- لا يمكن أن أعيش دون حب، وإن كان هناك من لا يحبني، فأنا عديم القيمة.
- 7- إذا لم أكن في القمة، فأنا لا شيء.
- 8- إذا لم أكن مميزا في كل مناسبة بطريقة تظهر مزاياي، فسوف أعتذر عنها بعد ذلك.

(Beck, 1976)

## الملحق (16)

### استمارة "مثال" تبين العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك

ذات ليلة، سمع شخص كان يعيش وحيدا في منزله، صوت حطام في الغرفة الثانية، ففكر، "هناك لص في الغرفة" كيف تظن أنه سيشعر؟  
**المتعالج:** قلق جدا، مرتعب.  
**المعالج:** وكيف يمكن أن يتصرف؟  
**المتعالج:** كان من الممكن أن يحاول الاختباء، أو إذا كان ذكيا سيتصل بالشرطة.  
**المعالج:** حسنا، إذن استجابة التفكير بأن لصا أحدث ذلك الضجيج، فمن المحتمل أن يشعر المرء بالقلق ويتصرف بطريقة كهذه ليحمي نفسه. والآن دعنا نقول إنه سمع الضجة نفسها وفكر، "إن كانت النوافذ تركت مفتوحة والريح أدن إلى وقوع شيء ما" كيف سيشعر؟  
**المتعالج:** حسنا، لن يكون خائفا، من الممكن أن يكون قد شعر بالحزن إذا فكر بأن شيئا ثميننا كسر أو أنه سيكون منزعا لأن أحد الأولاد ترك النافذة مفتوحة.  
**المعالج:** وهل سيكون تصرفه مختلفا تبعا لهذا التفكير؟  
**المتعالج:** طبعا، من المحتمل أن يذهب ويرى المشكلة، وبالتأكيد لن يتصل بالشرطة.  
**المعالج:** المتعالج:  
**المعالج:** حسنا، الآن ماذا تستنتج من هذا المثال؟ هو أن هنالك عادة عددا من الطرائق التي تستطيع أن تفسر المواقف من خلالها، فضلا عن أن الطريقة التي تفسر بها المواقف تؤثر في مشاعرك وسلوكك.

(Beck et al, 1979)

## الملحق (17)

### إجراءات الواجب المنزلي:

1. التدريب على الاسترخاء

تتفاوت الإجراءات العضلي من حيث الطول فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة في البداية والبعض الآخر قد تستغرق عشرة أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات.

والخطوات التالية ذات فائدة حجمه:



- 1- استلق في وضع مريح عند بداية التدريب وتأكد من هدوء المكان وخله من المشي.
- 2- المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا ولا توجد أجزاء نافرة أو ضاغطة.
- 3- ليس بالضرورة أن تكون راقدا بل يمكن البدء بالتدريب وأنت جالي.
- 4- ابدأ في تدريب عضو واحد في البداية ويفضل أن يكون الاسترخاء في الذراع كما في الخطوات التالية:

- 5- أغلق راحة يدك بإحكام وقوة.
- 6- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع تتقبض وتتوتر وتستند.
- 7- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها، وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة. لاحظ أن العضلات بدأت تسترخي وتنتقل.
- 8- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى والاسترخاء الذي ينجم عن ذلك عندما تفرد راحة يدك وإلى أن تتأكد أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.
- 9- بعد القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضوا عضوا.

لنتجه الآن إلى يدك اليمنى. اغلق بإحكام راحة يدك اليمنى ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (5 ثوان) والآن استرخ استمر في وضعك المريح وارخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه وشد إظهار أرخها ودعها في وضع مريح فارد أصابعك باسترخاء لاحظ أن هناك تنميلا ولينا قد بدأ ينشر في ذراعك اليمنى واليسرى.

والآن نتجه على راحة اليد. اثن راحتيك كإليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد أرددس هذا التوتر لاحظته. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعيهما المريح ولاحظ الفرق بين التوتر، الاسترخاء (10 ثوان) كرر هذا مرة أخرى اثن معصمك إلى الخلف واشعر بالشد في مقدمة الذراع وخلف اليد ثم استرخ وأرخ معصمك عد بها إلى وضعها المريح. دع نفسك على سجيبتها واشعر باسترخاء أكثر فأكثر.

والآن أطبق بإحكام كيفيك، واثنهما في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر في عضلات أعلى الذراع في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه والآن استرخ: اسقط ذراعيك بجانبك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن (10 ثوان صمت) كرر هذا مرة أخرى اقبض كيفيك بإحكام واثنيهما في اتجاه الكتفين محاولا تلمسهما بقبضتك توقف واسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقض بين لتوتر والاسترخاء. دع العضلات على سجيبتها أكثر فأكثر (10 ثوان). الآن دعنا نتحول إلى منطقة خرى أي الكتفين ارفع كتفك كما لو كانت تريد لمس أذنيك بكتفيك. لاحظ التوتر

الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة. توقف استرخ عائدًا بكتفك إلى وضعهما الطبيعي. دع عضلاتك على سجيبتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق بين التوتر، الاسترخاء كرر هذا مرة أخرى.

تستطيع أن تتعلم كيف ترخي عضلات وجهك الآن عليك أن تفحص أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر أن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش) والآن استرخ. وعد بعضلات الجبهة واسترخ بعضلاتها لاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (10 ثوان).

والآن أغلق عينيك بإحكام أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العين (5 ثوان) والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (10 ثوان) كرر هذا من جديد. اغلق عينيك بإحكام وقوة والتوتر يشملهما استمر (5 ثوان) والآن استرخ دع عضلات عينيك على سجيبتها في وضعها المريح المغمض (10 ثوان).

والآن اطبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تقضي على كل شيء. لاحظ التوتر في الفكين (5 ثوان). والآن فكك واسترخ ودع شفقتك منفرتين قليلا لاحظ التعارض بين التوتر، الاسترخاء في منطقة الفكين (10 ثوان) مرة أخرى أطبق الفكين لاحظ فيهما من توتر (5 ثوان) والآن دع واترك نفسك على مسترخيا أكثر فأكثر (10 ثوان) والآن اتجه إلى شفقتك، ضمهما واضغط لكل منها على الآخر بإحكام: جميل اضغط لكل منهما على الآخر بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرخ عضلات شفقتك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفقتك وأدرس التوتر المحيط بالفم استمر (5 ثوان) لاحظ أن مختلف العضلات قد بدأت تتراخي بهد هذا الشك، الاسترخاء المتوالي. الآن كل يديك، وجهك، ذراعيك وكتفك ومختلف عضلاتك شرطية في وضع هادئ.

والآن لنتجه إلى الرقبة اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها اضغطها إلى أن تشعر بتوتر خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات استمر. ادرس ذلك، والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح حاول أن تتمتع بالفرق بين الاسترخاء، التوتر العميق الذي أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت عليه أكثر فأكثر وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع كرر هذا من جديد. شد برأسك إلى الخلف لاحظ التوتر المستشار. استمر في ذلك لحظة (5 ثوان) والآن دع تلك وانتقل إلى استرخاء عميق (10 ثوان).

والآن مد رأسك إلى الأمام كما لو كنت ستدفع بذقنك إلى صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيته (10 ثوان) كرر ذلك. ادفن ذقنك إلى صدرك استمر في ذلك قليلا (5 ثوان) والآن استرخ أكثر فأكثر (10 ثوان).

الآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق ببطنك لاحظ التوتر في الظهر خاصة الجزء الأعلى. والآن استرخ عد بجنبك إلى وضعه الطبيعي فاردا ظهرك في وضع مريح سواء أكنت على كرسي أو أريكة لاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي (10 ثوان) مرة أخرى قوس الظهر لاحظ التوتر المستثار استمر قليلا (5 ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي تاركا كل شيء على سجيته (10 ثوان).

والآن خذ نفسا عميقا، شهيقا عميقا لاحظ أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن، والآن استرخ وكن على السجية وتنفس الهواء. واستمر في تنفسك العادي. لاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبتنك من استرخاء وما كانا عليه توتر (10 ثوان) أعد ذلك من جديد خذ شهيقا عميقا وأكتمه. لاحظ التوتر والعضلات التي تستند والآن أزر وتنفس بطريقة عادية ومريحة تاركا عضلات البطن والصدر في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (10 ثوان).

والآن اقبض عضلات البطن شدها إلى الداخل حافظ على هذا الوضع قليلا والآن استرخ ودع العضلات تتراخي استرخ ودع نفسك على سجيته (10 ثوان) عن هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها لاحظ هذا التوتر وأدرسه (5 ثوان).

والآن استرخ ودع كل شيء يتراخي بعمق أكثر فأكثر. توقف عن أي شد وتخلص من أي توتر في أي عضو ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء (10 ثوان).

افرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع إمدادها حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (5 ثوان) والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هي عليه الان من وضع مريح واسترخاء محسوس (10 ثوان). وأعد هذا من جديد الصق ركبتيك وأبعد رجلك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر في الفخذين (5 ثوان) والآن استرخ، أرخ عضلات جسدك. دع كل الأعضاء وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (10 ثوان).

والآن إلى بطن الساق حاول أن تشد عضلاتها بأن تشد قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه انتبه إنك عندما تنثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد، التوتر، الانقباضات في بطن الساق والقصبه معا والآن استرخ بالقدمين وأعدهما إلى اوضع السابق. لاحظ من جديد الفرق بين الشد، الاسترخاء (10 ثوان).

### الملحق (18)

#### استمارة التحقيق من الواجب المنزلي للمعالج

- 1- هل يفهم المتعالج سبب الواجب المنزلي؟
- 2- هل يوافق المتعالج على الأساس العقلاني للواجب؟
- 3- هل الواجب المنزلي متناسب مع طاقة المتعالج وقدرته على إكماله؟
- 4- هل هناك عوامل تحول دون قيام المتعالج بواجبه المنزلي؟
- 5- هل الواجب المنزلي متناسب مع الوقت الذي يسبق الجلسة التالية؟

(Freeman & Lurie, 1994)

### الملحق (19)

#### المراقبة الذاتية لجلوكوز البول:

بما أن الجلوكوز الزائد في الدم غالبا ما يظهر في البول فسوف يكون من السهل تحليل البول لتقدير شدة السكر وهو يعطي تقرير تقريبي لمدى الخلل.

لا يتطلب فحص البول الكثير من التدريب إذ يمكن غمس طرف شريط ورقي خاص في البول ومراقبة تغير ألوانه ومقابلتها بطيف من الألوان لكل منها مدلول لكثافة معينة من الجلوكوز تقاس بالمليجرامات وأسلوب فحص البول يكون كالتالي:

أ. غطس الشريط في البول لمدة ثابنتين

ب. أزل البول العالق بالشريط بمسحه على طرف الإناء.

ت. قارن بالجدول بعد (30 ثانية)

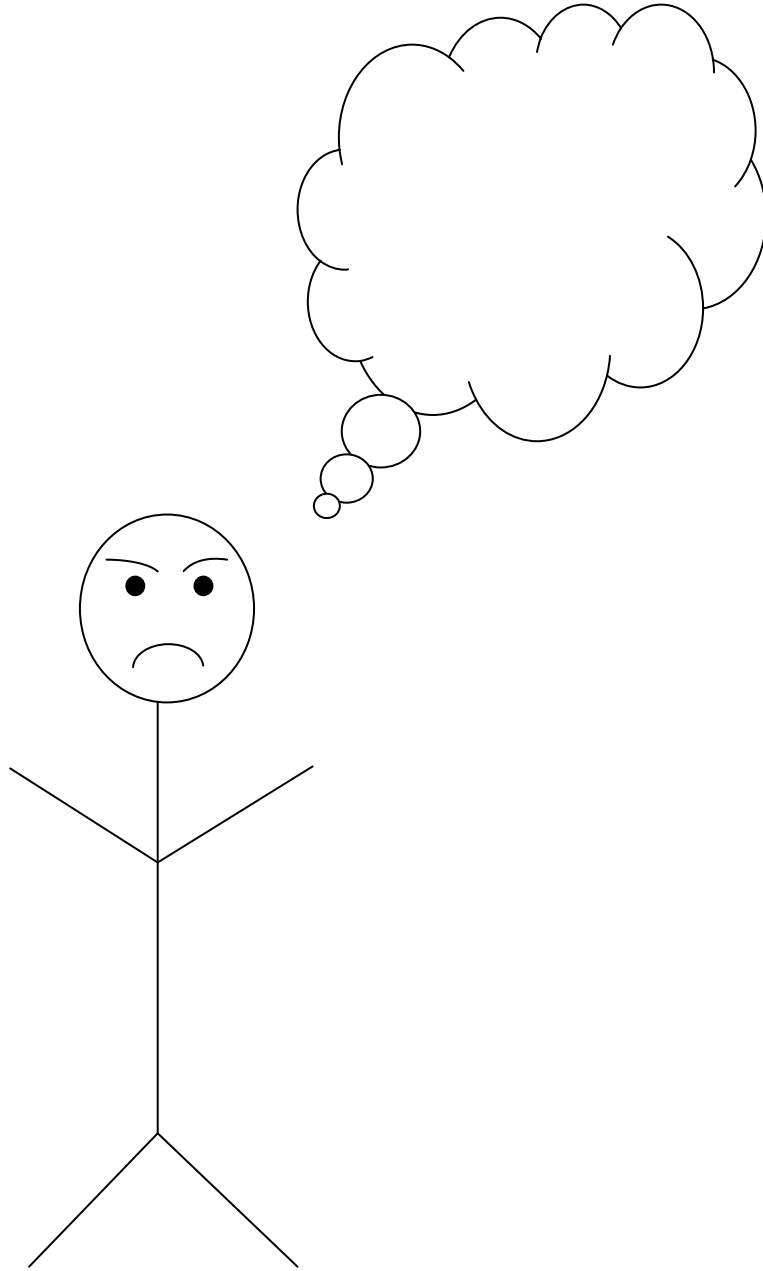
اللون	كثافة السكر بالبول
أزرق	0 %
أخضر خفيف	0.10 %

أخضر غامق	% 0.25
أخضر زيتوني	% 0.50
بنّي خفيف	% 1

### الملحق (20)

#### الرسم الكاريكاتوري

اسأل نفسك: لماذا يبدو هذا الشخص غير سعيد؟ كون بعض الأفكار التي تزعج هذا الشخص



(bruns, 1999)

## الملحق (21)

### التدخلات العلاجية لمواجهة بعض التشوهات المعرفية

التشوه المعرفي	الافتراض	التدخل العلاجي
1- التفكير بالكل أو بلا شيء.	إما أن أكون ناجحا أو فاشلا "العالم إما أي يكون أبيض أو يكون أسود"	"تحتاج الاستجابة العلاجية هنا إلى نقل المتعالج من حالة التطرف القصوى إلى المعتقدات المعتدلة. ويكون التعديل هنا في الحد الأدنى وقبول الحالة التي يكون فيها المتعالج ومحاولة طرح أقل قدر ممكن من التعديل.
2- قراءة الأفكار	ربما يفكرون بأنني غير كفاء "إنني أعرف تماما بأنه / بأنها لا يحتمل الأمر"	"يحتاج المعالج هنا إلى طرح التحدي على المتعالج بأن يطلب إليه تحديد الدليل على قراءة ما في عقول الآخرين.
3- الاستدلال الانفعالي	"إنني اشعر بأنني غير كفاء فأنا لست كفؤا" "اعتقد إن علي أن أكون مسليا كي أكون محبوبا إذن هذه هي الحقيقة"	إن تحدي المتعالج بتقديم الدليل الذي يدعم هذا التحريف من شأنه أن يحطم على نحو فعال هذا الأسلوب في الاعتقاد غير المنطقي.
4- المبالغة في التعميم	" كل ما أفعله هو خاطئ، ولا يكون مهما" "كل ما أختاره يخفق"	مواجهة المنطق الخاطئ بإقامة مقياس تشابه به القضايا ووضع درجة للفعل.
5- تحويل الأمور إلى كارثة	إذا ذهبت إلى الحفلة سيكون هناك عواقب وخيمة من الفضل أن لا أحاول لأنني قد أفشل وهذا سيكون مخيفا.	ربما يقترح المعالج على المتعالج أن يرسم خطا متصلا "لكوارث" وأن يحدد تحديدا واقعيا النتائج الدقيقة المترتبة على الكارثة التي يدركها.
6- عبارات الوجوبات "الينبغيات"	"يجب أن أزور أسرتي كلما أرادوا ذلك مني" "ينبغي أن يكونوا أكثر لطفا معي"	إن تحدي المتعالج بترك العبارات المرتبطة بكلمة ينبغي يمكن أن يساعده على تحدي حاجاتهم مقابل ما تم توقيعه أو ما تمليه قواعد الآخرين.
7- الاعتقادات الخاطئة عن السيطرة	إن لم أسيطر سيطرة تامة طوال الوقت فسوف أكون غير قادر على السيطرة "يجب أن أكون قادرا على التحكم بكل طوارئ حياتي"	إن تشجيع المتعالجين على تصور محيط أقل سيطرة "يخلق له خيارات إضافية وقد تساعد المتعالج على أنه أقل تقيدا وعجزا في تلك الحالة.
8- المقارنة	إنني لست بكفاءة زملائي أو رؤسائي	بإمكان المعالج تشجيع مديح الذات بمقابل مديح

<p>الآخرين بوصفه وسيلة لتحدي المتعالجين على التقدم كأساس داخلي للمقارنة أكثر من الأساس الخارجي.</p>	<p>"مقارنة بالآخرين أجد في نفسي عيبا واضحا.</p>	
<p>بإمكان المعالج تحدي المتعالج بأن يطلب منه إعداد لائحة بالإيجابيات أو المنجزات التي حدثت فعلا.</p>	<p>إن تجربة النجاح هذه كانت مجرد ضربة حظ" "إن هذا الإطار كان بلا مبرر" " إنني في الحقيقة شخص مخادع محتال وسيكتشف الجميع ذلك"</p>	<p>9- الانتقاص من المزايا الايجابية</p>
<p>يحتاج المتعالج هنا إلى التوجيه بمعايشة أحداث الحياة بمنطق النسبة وليس المطلق فالحصول على الكل أو عدم الحصول عليه هو أساس فكرة الكمالية.</p>	<p>"يجب أن أفعل كل شيء فعلا مثاليا وإلا سوف أتعرض للنقد والفشل"</p>	<p>10- النزوع على الكمال</p>
<p>يستخدم المعالج هنا سجل للأداء لتحديد النجاحات التي نسيها المتعالج.</p>	<p>إن بقية المعلومات لا تهم فهذه هي النقطة البارزة.</p>	<p>11- الانتقاء الذهني</p>

(Beck et al, 1979)

## الملحق (22)

### جدول الأنشطة

الهدف:

هو زيادة قدرة المريض على تكرار المشاركة في الأنشطة التي تبدو محببة له وتمثل تدعيم حقيقي للمريض.

الإجراءات:

- اختار أما أن تسأل المريض أن يسجل الأنشطة التي تؤدي إلى متعه أو تسليه أو تعطي للمريض جدول بالأنشطة.
- ضع معدل لكل بند في القائمة أو ابحث عن مدى تكراره في الفترة الماضية.
- أختار بند من القائمة للمريض أو دعه يستخدم القائمة كلها إذا لم تكن طويلة.
- أعطى للمريض تعليمات باستخدام القائمة كعنصر يومي أساسي يكلمه مساء كل مساء يوم مثل الذهاب للنوم.
- المريض يجب أن يقدر الحالة المزاجية في نفس الوقت كواجب يومي..
- يقوم المعالج بإظهار العلاقة بين الأنشطة اليومية السارة والحالة المزاجية.

- أختار الأنشطة التي ترتبط بصورة متكررة بالحالة المزاجية الجيدة.
- إعطاء المريض تعليمات بأن يقوم بالمشاركة في هذه الأنشطة يوميا أو أسبوعيا على الأقل.

#### جدول الأنشطة السارة

م النشاط	تكراره في الفترة الماضية	المتعة التي أدى إليها	تكراره في الفترة الحالية
1. شراء ملابس جديدة			
2. تناول الطعام			
3. ركوب الدرجات			
4. الذهاب للتمشيه			
5. ركوب القطار			
6. الذهاب لمباراة كرة قدم			
7. الذهاب للتسوق			
8. ممارسة اللعب			
9. اللعب بألات مسلية			
10. القراءة			
11. زيارة الأصدقاء			
12. زيارة الأقارب			
13. مشاهدة التلفاز			
14. الاستماع للراديو			
15. أنشطة أخرى من وجهة نظر الحالة			

تكراره (3) = يتكرر كثيرا، (2) = يتكرر بصورة متوسطة، (1) يتكرر قليلا.

المتعة التي أدى إليها (1) = استمتع قليلا، (2) = استمتع بصورة متوسطة، (3) = استمتع به كثيرا .



الملحق (23)  
استمارة المزايا والمساوي

المساوي	المزايا

(bruns, 1999)

الملحق (24)  
استمارة ميزات ومساوي شخص مكتتب

المساوي	الميزات

(Beck et al, 1979)

### الملحق (25)

استمارة ميزات ومساوى شخص سعيد

المساوى	الميزات

(Beck et al, 1979)

### الملحق (26)

استمارة دليل حل المشكلات

- 1- هل حددت الحدث المزعج تحديدا صحيحا؟
- 2- هل أريد تغيير مشاعري السلبية حول هذه الحالة؟
- 3- هل حددت أفكارى التلقائية كما ينبغي؟ (استخدم الرسم الكاريكاتوري)
- 4- هل العبارات الصحيحة والمقنعة لاستجاباتي العقلانية تكشف عن كذب أفكارى التلقائية؟

(bruns, 1999)



ضع حرف م بجانب النشاط المتقن وحرف ر بجانب النشاط الذي تشعر به بالرضا  
(Beck et al, 1979)

الملحق (29)  
استمارة النشاط الأسبوعي

الساعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
10-9							
11-10							
12-11							
1-12							
2-1							
3-2							
4-3							
5-4							
6-5							
7-6							

ضع حرف م بجانب النشاط المتقن وحرف ر بجانب النشاط الذي تشعر به بالرضا  
(Beck et al, 1979)

### الملحق (30)

#### استمارة جدول العمل النموذجي

- 1- تطبيق الاختبارات (استبيان بيك للاكتئاب، استمارة التقويم الذاتي، استمارة الأعراض...).
- 2- نظرة عامة على الأسبوع، (موجز للأحداث،...).
- 3- إجراء تغذية راجعة للمتعالج عن الجلسة السابقة.
- 4- مناقشة الواجب المنزلي.
- 5- العمل على مشكلة معينة لدى المتعالج (تعليم مهارة،...).
- 6- تلخيص النقاط الرئيسية للجلسة.

(Freeman & Lurie, 1994)

### الملحق (31)

#### استمارة جلسة العلاج الذاتي (التعليمات)

يستفيد الكثير من المتعالجين من خطة منظمة لمواصلة العلاج بأنفسهم أثناء تخفيف العلاج لجلسات أقل تواترا وبعد الانتهاء من العلاج. هذا الدليل مصمم لقراءته والتفكير فيه من قبل المتعالجين مع تسجيل بعض الملاحظات. كما أن تقديم إجابات كتابية عن كل سؤال سوف تكون مجهدة وغير منتجة. يجب على المعالج مراجعة هذا الدليل أثناء جلسة العلاج والتوقع بمشاركة المتعالجين المدة التي تستغرقها جلسة العلاج الذاتي وتحفيز المتعالجين على محاولة المرور بهذه الجلسة (والتي يمكنهم القيام بها في وقت فراغهم دون تعب أو إزعاج) لتقييم درجة الفائدة.

#### 1- وضع جدول العمل

- ما هي القضايا / الحالات المهمة التي أفكر بها؟

#### 2- مراجعة الواجب المنزلي

- ما الذي تعلمته؟

- إذا كنت لم أقم بالواجب المنزلي فما الذي أعاقني؟ (المشاكل العملية؟ الأفكار التلقائية؟)

- ما الذي يمكنني عمله لكي أتمكن من أداء الواجب المنزلي هذه المرة؟

- ما الذي يجب علي مواصلة عمله تجاه الواجب المنزلي؟

### 3-مراجعة الأسبوع (الأسابيع) الماضي

- خلاف مهمة الواجب المنزلي المحدد، هل استعملت أي أدوات علاج عرفي؟
- بالعودة إلى الوراء فهل كان من صالحني أن استعمل أدوات العلاج المعرفي أكثر؟
- كيف سأتذكر استعمال الأدوات في المرة التالية؟
- ما هي الأشياء الإيجابية التي حدثت في أثناء الأسبوع؟ ما الذي استحق الدرجة عليه؟
- هل ظهرت مشاكل؟ وإذا كان الأمر كذلك فكيف عالجتها. وإذا عاودت المشكلة الظهور فكيف سأعالجها في المرة التالية؟

### 4-التفكير بالقضايا/ الحالات التي تنطوي على مشاكل

- هل أنظر إلى الحالة بصورة واقعية؟ أم أنني أبالغ في رد الفعل؟
- هل هناك طريقة أخرى للنظر إلى هذه القضية.
- ما الذي يجب فعله؟

### 5- توقع مشاكل محتملة قد تحدث بين الآن وجلسة العلاج القادمة.

- وضع خطة للتعايش مع المشكلة.
- تخيل التعايش مع المشكلة على مجه التحديد إذا كان ذلك مفيدا.
- ما هي الأحداث الإيجابية التي يجب علي أن أتطلع عليها؟

### 6- تحديد واجب منزلي جديد

- ما هو الواجب المنزلي الذي يجب أن أنظر إليه على انه مفيد؟
- أ. إكمال سجلات التفكير المثبط.
- ب. مراقبة نشاطاتي.
- ج. جدولة نشاطات السرور والإيقان.
- د. العمل على هزم سلوكي.
- هـ. قراءة ملاحظات العلاج.
- و. ممارسة المهارات مثل الاسترخاء أو التعامل مع التخيلات.
- ز. إعداد سجل للعبارات الذاتية الإيجابية.
- ح. ما هي السلوكيات التي أود تغييرها.

### 7-جدولة موعد العلاج الذاتي

- متى يجب أن يكون الموعد التالي؟ كم من الوقت يجب أن يمر؟
- هل يجب أن يكون لدي مواعيد مستقبلية على أساس منتظم. في أول كل أسبوع / شهر / موسم.

(الجمعية، 2001)

### الملحق (32)

#### استمارة مشكلات نوعية من الانتكاسات

المساوي	الميزات
- في الحقيقة لقد ظهرت تحسنا موثوقا حتى الأسبوع الفائت، يوم أو يومان لا تلغى كل الأيام الجيدة التي كنت تعيشها الشهر الماضي. - أن اكتئابي الآن هو قيد السيطرة أكثر مما كان في الماضي. بما أنني الآن أسوء نوعا ما، فبإمكاني استخدام هذه الفرصة لكي أطبق بعض الأساليب التي تعلمتها في دحض الأفكار السلبية التي تبرز ثانية.	- إنني أسوء اليوم! المعالج لم يساعدني على الإطلاق. - إن اكتئابي في صعود وهبوط، إنه يأتي ويذهب، سوف يكون هكذا لبقية حياتي وليس هناك شيء أستطيع فعله حيال ذلك.

(Beck et al, 1979)

### الملحق (33)

#### استمارة تقرير المتعالج عن الجلسة العلاجية

❖ هل قيل في الجلسة كلام ضايقك أو أنك لا توافق عليه؟ صف أيه مشاعر سلبية انتابتك في أثناء الجلسة.	- - - -
❖ هل كان في الجلسة اليوم شيء مساعد أو مفيد لك؟ هل كان هنالك أي شيء تعلمته أو تريد تطويره أكثر؟ لخص النقاط الأساسية التي تمت تغطيتها.	- - - -

(bruns, 1999)

الملحق (34)  
استمارة المتابعة

المتابعة النفسية وتطور الحالة	التاريخ

(bruns, 1999)



الملحق (35)  
استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة

الاستجابة العقلانية	التشوه المعرفي	الأفكار التلقائية

(Burns, 1991)

الملحق رقم 36

دليل إلى جلسات التعزيز (التعليمات)

يتم بصورة مثلية تخفيف العلاج تدريجياً من جلسا أسبوعية إلى جلسات كل أسبوعين مع قيام المتعالجين بالعلاج الذاتي كل أسبوعين. وينصح أن تكون الجلسات المعززة بعد انتهاء العلاج وعلى سبيل المثال بعد ثلاثة وستة واثني عشر شهراً. ويتم حث المتعالجين على النظر فيما إذا كانت الجلسة المعززة مفيدة حتى وإن كانوا يشعرون بالتحسن من أجل ضمان المحافظة على تقديمهم في التحسن.

صمم دليل الجلسات المعززة لمساعدة المتعالجين على تولي المسؤولية عن استعمال المنتج لهذه الجلسات. يجب على المتعالجين قراءة الأسئلة والتفكير فيها مع وضع رؤوس أقلام لتذكيرهم بما هو مفيد مناقشته في الجلسة.

- 1- ما الذي سار سيراً حسناً لديك؟
- 2- ما هي المشاكل التي أثرت؟ كيف عالجتها؟ هل كانت طريقة أفضل لمعالجتها؟
- 3- ما هي المشاكل التي يمكن أن تثور بين الوقت الحاضر وجلسة التعزيز التالية؟ تخيل المشاكل التفصيل.
  - أ- ما هي الأفكار التلقائية التي قد تمر ببالك؟ وما هي الاعتقادات التي قد تنشط؟
  - ب- كيف ستتعامل مع الأفكار/ الاعتقادات التلقائية؟
  - ج- كيف ستقوم بحل المشكلة؟
- 4- ما هو العمل المتعلق بالعلاج المعرفي والذي قمت به منذ آخر جلسة؟
- 5- ما هو العمل المتعلق بالعلاج المعرفي الذي تود أن تقوم به بين الوقت الحاضر وجلسة التعزيز لتالية.
  - أ- ما هي الأفكار التلقائية التي قد تعترض سبيلك؟
  - ب- كيف ستجيب عن هذه الأفكار التلقائية؟
- 6- ما هي الأهداف الأخرى التي تضعها لنفسك؟
  - أ- كيف ستحققها؟
- 7- كيف يمكن أن تساعد الأشياء التي تعلمتها في العلاج المعرفي؟

(الجمعية، 2001)